

nel processo di formazione degli studenti di medicina e chirurgia
Lecture transcripts: hypothesis of a rational use of this tool with teacher involvement.
Bruno Moncharmont, Giuseppe Familiari, Nicola Mastrogiacomo, Oliviero Riggio, Davide Festi

3530 Il Progress Test 2017 – *Progress Test 2017*
Alfred Tenore, Stefania Basili, Andrea Sansone, Andrea Lenzi.

LO SPAZIO DELL'OSPITE - *GUEST POINTS OF VIEW*
3534 Indagine nazionale sui tirocini professionalizzanti nei Corsi di Laurea in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (TPALL).
National explorative survey to identify and describe the characteristics of the Environmental Health Officers (EHO) apprenticeships in undergraduate courses.
Mariacristina Mazzari, Silvia Fustinoni, Bruno Maria Troia, Lucia Zannini.

NOTIZIARIO, *NEWS FROM*
3541 Agenzia Nazionale Valutazione Università e Ricerca
(Prof. Paolo Miccoli- Presidente Consiglio Direttivo ANVUR)

3541 Consiglio Universitario Nazionale
(Prof. Manuela Di Franco – Segretario Generale CUN)

3542 Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie
(Alvisa Palese -Segretario Generale)

3544 Segretariato Italiano Studenti in Medicina - (SISM)



MEDICINA E CHIRURGIA

Journal of Italian Medical Education

Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà e delle Scuole di Medicina
fondati da Luigi Frati e Giovanni Danieli

MEDICINA E CHIRURGIA

Journal of Italian Medical Education

Quaderni delle Conferenze Permanenti
delle Facoltà e delle Scuole di Medicina

fondati da Luigi Frati e Giovanni Danieli

Advisory Board: Eugenio Gaudio, Carlo Della Rocca,
Lorenzo Di Muzio, Luisa Saiani, Mario Amore, Paolo Miccoli.

Editorial Board: Bellini T., Cangemi R., Casti A., Consorti F.,
Curcio F., De Placido S., Familiari G., Ganau A., Gazzaniga V.
(Responsabile sezione «Storia della medicina»), Gianfrilli D.,
Giannetta E., Krenghi M., Moncharmont B., Penco M., Prisco
D., Proietti M., Raparelli V., Romanelli F., Sansone A., Santini
D., Siliquini R., Tenore A., Zucchi R.,

ISSN 2279-7068

Editor-in-Chief: **Andrea Lenzi**
(andrea.lenzi@uniroma1.it)

Managing Editor: **Stefania Basili**
(stefania.basili@uniroma1.it)

Central Editorial Office: **Emanuele Toscano**
(e.toscano@unimarconi.it)

www.quaderni-conferenze-medicina.it

Publisher: **Pittini Digital Print (Rome)**
www.pittini.biz

Sommario

3513 EDITORIALE, *EDITORIAL*, **Andrea Lenzi**

OPINIONI ISTITUZIONALI - *INSTITUTIONS: POINTS OF VIEW*

3514 Cosa cambia con la laurea abilitante per la Professione medica
Sezione 1: Il tirocinio pratico-valutativo valido ai fini dell'esame di stato per l'abilitazione
all'esercizio della professione di medico-chirurgo: istruzioni per l'uso.
Bruno Moncharmont, Giuseppe Familiari, Andrea Lenzi, Stefania Basili.

3518 Sezione 2: Il nuovo libretto di Valutazione del tirocinio dell'esame di stato per l'abilitazione alla
professione di medico chirurgo: un modello nazionale condiviso
*Giuseppe Familiari, Bruno Moncharmont, Fabrizio Consorti, Andrea Lenzi, Pietro Gallo, Stefania
Basili, Roberto Stella, Filippo Anelli.*

3524 Sezione 3: Tra progress test e training test
Pietro Gallo

3525 Sezione 4: Mozione della CPPCLMMC su Applicazione del D.M. del 9-5-2018 N.58 (GU N.126
Del 1-6-2018)

I LAVORI DELLE CONFERENZE - *FROM STANDING CONFERENCES*

3526 Strategie didattiche centrate sullo studente nei CLM in Medicina. III
Student-centred learning strategies in the undergraduate curricula in Medicine. III
Le sbobinate (o "sbobine"): l'uso che se ne fa, come potrebbero divenire maggiormente utili

Istruzione per gli Autori - Instructions for Authors

Medicine e Chirurgia - JIME provides a forum for higher education faculty, staff, administrators, researchers and students who are interested in improving post-secondary education

Sections

Editoriale, *Editorial*
400-600 words (President or Delegate)

Opinioni Istituzionali, *Institutions: Points of view*
Approximately 20,000 characters. No more than 4 tables or figures. The manuscript must include an abstract of 200 words (English) and 3-4 keywords (Italian and English).

I lavori delle Conferenze Permanenti, *From standing Conferences*
Approximately 30,000 characters. No more than 6-8 illustrations. The manuscript must include an abstract of 200 words (English) and 3-4 keywords (Italian and English).

Pedagogia Medica: Inchieste, criticità, eccellenze, *Medical education: issues and points of excellence*
Articles should not exceed 15,000 characters. No more than 3-4 illustrations. The manuscript must include an abstract of 200 words (English). Keywords are not required.


Stato dell'Arte dei Gruppi di Lavoro, *Working Groups: State of Art*

These are short manuscripts discussing working groups. Articles should not exceed 7,500 characters. No more than 1 figure, 1 table and 5 references. The text should not be divided into separate sections.

Syllabus pedagogico, *Educational syllabus*
Approximately 20,000 characters. No more than 6-10 illustrations. The manuscript must include an abstract of 200 words (English) and 3-4 keywords (Italian, English).

Uomini, scuole, luoghi e immagini nella Storia della Medicina, *History of Medicine - people and places*
Articles should not exceed 16,500 characters. No more than 1 figure, 1 table and 5 references.

Notiziario, *News from*
Consiglio Universitario Nazionale, Agenzia Nazionale Valutazione Università e Ricerca, Conferenza permanente dei Presidi di Facoltà/Direttori di Scuole di Medicina, Conferenze permanenti dei Presidenti dei CLM in Medicina e Chirurgia e dei Presidenti dei CLM in Odontoiatria, Conferenza permanente delle Classi di laurea delle Professioni Sanitarie, Sindacato Italiano Studenti in Medicina
Items should not exceed 2000 characters.



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 *Pedanius 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 10 ottobre 2018
da Pittini Digital Print
Roma

Questo è uno dei Quaderni delle Conferenze da tenere nella biblioteca a Voi più cara.

Infatti, il numero è quasi totalmente dedicato alla “laurea abilitante”.

Come tutti Voi sapete il D.M. del 9 maggio 2018, n. 58 del MIUR (“Regolamento recante gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo”) ha messo a dura prova tutti noi e i nostri studenti.

In questo fascicolo è riportato tutto il lavoro che la Conferenza ha attuato durante i mesi estivi per arrivare in tempo a questo importante traguardo.

Il capitolo “Cosa cambia con la laurea abilitante per la Professione medica” è composto da 3 sezioni importanti.

La prima dedicata proprio a quello che più riguarda il nostro ruolo di Docenti ossia l'organizzazione tecnico-pedagogica del tirocinio pratico-valutativo valido ai fini dell'esame di stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo.

La seconda, scritta in collaborazione con la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri a firma congiunta con la Conferenza riporta il modello nazionale condiviso del nuovo libretto di Valutazione del tirocinio dell'esame di stato per l'abilitazione alla professione di medico chirurgo

La terza, scritta da Pietro Gallo, sintetizza mirabilmente cosa ha pensato la Conferenza per aiutare i Suoi studenti a prepararsi per il nuovo esame di stato.

Alla fine delle tre sezioni, troverete anche la Mozione della CPPCLMMC sulla Applicazione del D.M.

Abbiamo cercato tuttavia di dar spazio ai risultati del progress test 2017 ed ad un interessante articolo sui tirocini professionalizzanti nei Corsi di Laurea in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro.



I “lavori delle conferenze”, contengono l'ottimo contributo del Gruppo di Lavoro Innovazione Pedagogica della CPPCLM in Medicina sulle strategie didattiche centrate sullo studente. Questo secondo articolo è dedicato alle “sbobinate”.

Nella sezione “News”, anche in questo numero, abbiamo l'onore di ospitare il contributo prezioso del Presidente dell'ANVUR, il Prof. Paolo Miccoli.

Le novità del CUN vengono raccontate con cura dal segretario generale, Manuela di Franco.

Sempre nella sezione “News” importanti comunicazioni da parte della “Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie” sempre più presente, con mio personale piacere, in questi quaderni.

Andrea Lenzi
Editor-in-Chief of JIME
(Journal of Italian Medical Education)

Cosa cambia con la laurea abilitante per la Professione medica

Sezione 1 il tirocinio pratico-valutativo valido ai fini dell'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo: istruzioni per l'uso

Bruno Moncharmont¹, Giuseppe Familiari², Andrea Lenzi, Stefania Basili³

¹ vice-presidente della CPPCLMMC, Università degli studi del Molise

² vice-presidente della CPPCLMMC, Università degli studi di Roma "La Sapienza"

³ presidente della CPPCLMMC, Università degli studi di Roma "La Sapienza"

⁴ presidente della ASSOCIAZIONE "CPPCLMMC"

Riassunto

Questo articolo presenta alcune riflessioni sulle nuove modalità di svolgimento dell'esame di stato introdotte dalla DM 58/18 e fornisce alcune istruzioni per la organizzazione del tirocinio pratico valutativo che, ai sensi del citato decreto, dovrà essere svolto nel corso degli ultimi due anni del percorso formativo, attribuendo una doppia valenza alle attività professionalizzanti previste dall'ordinamento didattico.

Parole Chiave: tirocinio pratico valutativo, esame di stato.

Summary

This article presents a short description of the new procedures for the national board examination, introduced by DM 58/18 and provides some instructions for organizing the assessment internship which, according to the aforementioned decree, must be carried out during the last two years of the medical training, bestowing a double value to the internship that is part of the medical curriculum.

Key-Words: *internship, national examination.*

Le novità

Il D.M. del 9 maggio 2018, n. 58 del MIUR ("Regolamento recante gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo") ha modificato le modalità di espletamento dell'esame di abilitazione alla professione, senza in realtà stravolgerne l'impianto generale definito dal DM 445 del 2001, ma modificando in particolare le modalità di svolgimento della "prova pratica a carattere continuativo consistente in un tirocinio clinico della durata di tre mesi" (da qui in poi tirocinio pratico-valutativo valido ai fini dell'esame di Stato, TPVES).

Il DM 445/01 prevedeva infatti che tale tirocinio valutativo fosse svolto dopo che il candidato aveva conseguito il diploma di laurea (magistrale o specialistica) in Medicina e Chirurgia.

La innovazione introdotta dal nuovo DM sposta invece questo tirocinio prima del conseguimento del titolo di studio, riconoscendo al tirocinio curriculare (previsto cioè dall'ordinamento didattico del corso di studi) una valenza anche valutativa ai fini prova di abilitazione professionale.

In questo modo il legislatore, senza modificare la normativa universitaria relativa all'esame di laurea e

mantenendo la prova finale di abilitazione (prova scritta) dopo il conseguimento del titolo ha ottenuto l'indubbio vantaggio per il giovane laureato di eliminare il ritardo nell'inizio della sua attività professionale generato dallo svolgimento del tirocinio post-lauream.

Aldilà del vantaggio per il laureato, con questa scelta il legislatore ha inviato un importante segnale politico-culturale in quanto, attribuendo la doppia valenza al tirocinio svolto nel percorso di studi, ha sancito la continuità e la coerenza tra la l'ambiente accademico della formazione del medico ed il mondo della professione.

Lo stesso DM58/08 ha anche portato da due a tre le sessioni di esame nell'anno ed ha introdotto due ulteriori novità.

La prima riguarda la valutazione delle prove, che non avranno un punteggio ma consisterà in una semplice idoneità, sia per il tirocinio che per la prova scritta. L'altra novità riguarda la prova scritta, che continuerà ad essere una batteria di test a scelta multipla, articolati in due parti, volti a valutare:

- a le conoscenze di base nella prospettiva della loro successiva applicazione professionale, con particolare riguardo ai meccanismi fisiopatologici e alle conoscenze riguardanti la clinica, la prevenzione e la terapia;
- b le capacità del candidato nell'applicare le conoscenze biomediche e cliniche alla pratica medica e nel risolvere questioni di deontologia professionale e di etica medica. La prova include anche una serie di domande riguardanti problemi clinici afferenti alle aree della medicina e della chirurgia, e delle relative specialità, della pediatria, dell'ostetricia e ginecologia, della diagnostica di laboratorio e strumentale, e della sanità pubblica.

La descrizione degli obiettivi di valutazione è uguale nei due decreti, ma porta il numero dei quesiti da 180 a 200 con una differente ripartizione; erano 90 per ciascun punto (a o b) nel DM 445/01 e sono 50 per il punto a e 150 per il punto b nel DM 58/18. La nuova prova darà, quindi, maggior rilievo alla valutazione delle conoscenze e competenze cliniche rispetto a quelle pre-cliniche.

Sono anche variate, nella nuova normativa, le modalità di predisposizione della batteria di quesiti. Secondo la vecchia normativa i 180 quesiti venivano estratti da un archivio di 5000 quesiti, curato da una apposita

ta commissione e tenuto dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, che ne assicurava la pubblicità almeno sessanta giorni prima della data fissata per la prova scritta. Nella nuova modalità, per la predisposizione dei quesiti il Ministero si avvarrà di una Commissione nazionale di esperti composta da quattro professori universitari (due ordinari e due associati confermati) proposti dal CUN e dalla CRUI e quattro medici chirurghi designati dalla Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri e non è prevista la pubblicazione di una banca dati.

Riteniamo a questo punto utile presentare alcune considerazioni ed istruzioni alla vigilia dell'inizio dell'aa 2018/19, che vedrà impegnati i primi studenti nel tirocinio valutativo da espletare prima del conseguimento della laurea rinviando ad altri articoli considerazioni e commenti sulla valutazione del tirocinio e sulla prova scritta.

La progettazione

Anche nella sua articolazione il tirocinio nella nuova normativa ha conservato l'impianto generale; il tirocinio è articolato in tre periodi (di durata equivalente ad un mese ciascuno, corrispondente a 100 ore di attività didattica di tipo professionalizzante): un mese in area chirurgica; un mese in area medica; un mese nello specifico ambito della Medicina generale.

La implementazione all'interno della programmazione didattica dei corsi di laurea di quanto previsto dal DM 58/18 relativamente al tirocinio pratico valutativo richiederà necessariamente degli adattamenti. Infatti i 15 CFU di attività formative professionalizzanti (tirocini, indicati nella tabella ordinamentale nell'ambito "Ulteriori attività formative (art. 10, comma 5, lettera d)) che sono destinati ad avere doppia valenza hanno già una propria connotazione all'interno dell'articolazione del percorso formativo, con modalità differenti in ciascuna sede. In alcune sedi, infatti, il Piano degli studi prevede il tirocinio frazionato ed associato a singoli corsi integrati (eventualmente assegnato ad un SSD), mentre in altri è contenuto in una unica attività didattica soggetta a certificazione autonoma.

In entrambi i casi la programmazione didattica annuale dovrà indicare chiaramente quali tirocini di area medica e chirurgica o associati alla frequenza dell'ambulatorio del medico di Medicina generale dovranno essere considerati a doppia valenza.

A tal fine sarà strategico continuare a mantenere il riferimento ai CFU per la certificazione ai fini del percorso di laurea e quella in ore per quanto riguarda la certificazione ai fini del TPVES (vedi figura 1 A e B).

Il TPVES dovrà essere svolto negli ultimi due anni del percorso formativo. In particolare le ore relative all'area medica ed a quella chirurgica potranno essere svolte al quinto e/o al sesto anno mentre quelle relative all'ambito della Medicina generale unicamente al sesto anno di corso. In nessun caso è possibile iniziare il TPVES prima del quinto anno di corso e prima che siano stati sostenuti positivamente tutti gli esami relativi ai primi quattro anni di corso previsti dall'ordinamento della sede universitaria. Una ricognizione effettuata dalla presidenza del CPPCLMMC ha permesso di accertare che tutte le sedi hanno un numero adeguato di CFU di tirocinio negli ultimi due anni corso per consentire lo svolgimento del tirocinio valutativo. È quindi affidato al consiglio della struttura didattica il compito di definire in sede di programmazione annuale quali tirocini potranno essere a doppia valenza e di proporre agli studenti opportune combinazioni di segmenti da svolgere in reparti di medicina o specialità mediche ed in reparti di chirurgia o di specialità chirurgiche per raggiungere il numero di 100 ore in ciascuna area. È anche opportuno che il consiglio della struttura didattica fornisca precise indicazioni procedurali ed amministrative nel caso in cui ritenga opportuno attribuire valenza TPVES per segmenti di area medica o chirurgica ad eventuali attività didattiche professionalizzanti svolte nell'ambito di programmi di scambio internazionale.

È necessario che per lo svolgimento dei tirocini a valenza TPVES in area medica o chirurgica gli studenti vengano affidati singolarmente per ciascun segmento ad un tutor supervisore adeguatamente formato. Almeno uno di questi, che deve fungere da tutor coordinatore, deve essere un docente universitario o dirigente medico, responsabile della struttura frequentata dal tirocinante. Per il tirocinio nell'ambito della Medicina generale, il medico di medicina generale a cui verrà assegnato lo studente svolgerà la funzione di tutor.

La certificazione

Occorre innanzitutto ribadire che la certificazione del tirocinio valutativo ai fini dell'esame di abilitazione alla professione deve essere separata ed indipendente da quella necessaria ai fini della validazione del percorso formativo.

Le modalità indicate nel DM 58/18 prevedono che, come avveniva in precedenza, allo studente venga fornito per il TPVES un libretto-diario che si articola in una parte descrittiva delle attività svolte e di una parte valutativa delle competenze dimostrate.

Al fine di garantire una uniformità di comportamento tra le singole sedi, la CPPCLMC ha sviluppato

una proposta che consenta una corretta certificazione compatibile con le peculiarità dello svolgimento del tirocinio curricolare, soprattutto nelle aree medica e chirurgica dove le 100 ore potrebbero essere svolte in più segmenti. Per questi tirocini, quindi, dovranno essere riportate le attività suddivise nelle varie strutture nelle quali è stato segmentato il tirocinio, con la validazione del tutor supervisore. La valutazione finale per ciascuna area verrà eseguita da un tutor coordinatore. Per la rotazione nell'ambito della Medicina generale il medico di medicina generale con funzione di tutor sarà responsabile della valutazione.

La valutazione del tirocinio deve *“accertare le capacità dello studente relative al «saper fare e al saper essere medico» che consiste nell'applicare le conoscenze biomediche e cliniche alla pratica medica, nel risolvere questioni di deontologia professionale e di etica medica, nel dimostrare attitudine a risolvere problemi clinici afferenti alle aree della medicina e della chirurgia e delle relative specialità, della diagnostica di laboratorio e strumentale e della sanità pubblica”* (ex art. 3, comma 1 del DM 58/18).

A tal fine la CPPCLMMC, d'intesa con la FNOMCeO, ha predisposto tre griglie di valutazione (area medica, area chirurgica e Medicina generale) con indicazione delle competenze sulle quali il tutor dovrà fare la sua valutazione ed esprimerà il giudizio finale. Per l'area medica e l'area chirurgica il tutor coordinatore esprimerà il giudizio finale tenendo conto, nel caso, delle valutazioni espresse dai tutor supervisori. Il giudizio finale sarà un giudizio di idoneità (idoneo/non idoneo).

La tempistica

Sebbene il DM 58/18 preveda che il nuovo regolamento che contempla l'espletamento del tirocinio prima della laurea si applichi a decorrere dalla sessione di esame del mese di luglio 2019, ciò non sarà possibile in quanto solo gli studenti che si iscrivono nell'aa 2018/19 al quinto anno di corso potranno iniziare il TPVES al completamento degli esami del quarto anno e quindi la

prima sessione utile di esami alla quale potranno partecipare sarà quella del luglio 2020 (vedere Mozione).

Nelle disposizioni transitorie, il nuovo decreto prevede che solo per due anni dalla sua entrata in vigore (e cioè fino al mese di giugno 2020) coloro che non hanno espletato il TPVES durante il corso di laurea in Medicina e Chirurgia potranno essere ammessi all'esame di Stato a seguito dello svolgimento e del superamento del tirocinio come previsto dal vecchio decreto (DM 445/01). Pertanto è consigliabile che i Corsi di studio avviino tempestivamente una ricognizione tra gli studenti ritardatari al fine di identificare coloro che, iscritti per l'aa 2018/19 al sesto anno in corso o fuori corso, prevedano di laurearsi dopo il mese di marzo 2020. È opportuno, infatti, che per costoro venga per tempo programmato lo svolgimento di attività professionalizzanti con valenza TPVES (come previsto dalla nuova normativa), eventualmente anche in sovrannumero rispetto ai CFU di tirocinio previsti da loro piano degli studi o, laddove possibile, che venga deliberata ed attivata la valenza TPVES di attività professionalizzanti non ancora espletate. Ovviamente, in considerazione della tipologia valutativa di questi tirocini, non è pensabile che si possano convalidare ex post come TPVES attività di tirocinio già espletate.

I punti chiave del TPVES

- è espletato negli ultimi due anni del corso di studio;
- si può iniziare solo dopo aver sostenuto positivamente tutti gli esami dei primi quattro anni di corso;
- si articola in tre periodi di 100 ore (un mese) in area chirurgica, area medica, ambito della medicina generale (quest'ultimo solo al sesto anno);
- la certificazione deve essere separata ed indipendente da quella ai fini della laurea;
- il giudizio finale per ciascun'area di tirocinio deve essere formulato da un docente universitario o da un dirigente medico, responsabile della struttura frequentata dal tirocinante e per il tirocinio nell'ambito della Medicina generale dal Medico di medicina generale;
- Il giudizio finale è un giudizio di idoneità (idoneo/non idoneo)
- è la modalità obbligatoria per chi si laurea dopo marzo 2020.

A: CFU di tirocinio etichettati con SSD ed inseriti nei corsi integrati

6° anno (a.a. 2019/2020)		CFU				
corso integrato	disciplina	base	caratterizzanti	affini	tirocinio	a valenza TPVES
Medicina Interna, Chirurgia generale II						
	MED/09, Medicina Interna		2		2	40 ore area medica
	MED/18, Chirurgia Generale		2		1	20 ore area chirurgica
	BIO/14, Farmacologia		2		1	
Ginecologia e Ostetricia						
	MED/40, Ginecologia		4		1	20 ore area chirurgica
	MED/05, Patologia Clinica	1				
Pediatria						
	MED/20, Chirurgia Pediatrica e Infantile		1		1	20 ore area chirurgica
	MED/38, Pediatria Generale e Specialistica		3		2	40 ore area medica
	MED/39, Neuropsichiatria Infantile;		1			
	MED/48, Scienze Infermieristiche e Tecniche Neuropsichiatriche e Riabilitative			1		

B: CFU di tirocinio non etichettati con SSD e non inseriti nei Corsi integrati

5° anno (a.a. 2018/2019)	ore	CFU		a valenza TPVES
Dermatologia	25	1	Ambulatoria dermatologia	20 ore area medica
Malattie infettive	25	1	UOS Malattie infettive	20 ore area medica
Nefrologia	25	1	UOC Nefrodialisi	20 ore area medica
Neurologia	50	2	UOC Neurologia	40 ore area medica
Oculistica / Otorinolaringoiatria	25	1	UOS Oculistica	20 ore area chirurgica
Ortopedia e traumatologia	50	2	UOC Ortopedia	20 ore area chirurgica
Radiodiagnostica	25	1	UOC Radiologia	
Reumatologia	25	1	Ambulatorio reumatologia	20 ore area medica
TOTALE	250	10		

6° anno (a.a. 2019/2020)	ore	CFU		a valenza TPVES
Medicina interna	125	5	UOC Medicina interna	100 ore area medica
Chirurgia generale	125	5	UOC Chirurgia generale	100 ore area chirurgica
Pronto soccorso	50	2	Pronto soccorso	40 ore area medica
Rianimazione ed anestesia	25	1	Rianimazione /UTIC	20 ore area medica
Pediatria	75	3	UOC Pediatria	60 ore area medica
Ostetricia e ginecologia	75	3	UOC Ginecologia	60 ore area chirurgica
Medicina generale	125	5	Medico MG	100 ore medico MG
TOTALE	600	24		

Cosa cambia con la laurea abilitante per la Professione medica

Sezione 2 Il nuovo libretto di Valutazione del tirocinio dell'esame di stato per l'abilitazione alla professione di medico chirurgo: un modello nazionale condiviso

Giuseppe Familiari^{1,4}, Bruno Moncharmont^{2,5}, Fabrizio Consorti^{1,6}, Andrea Lenzi^{1,7}, Pietro Gallo^{1,8}, Stefania Basili^{1,9}.

Roberto Stella^{3,10}, Filippo Anelli^{3,11}

¹Sapienza Università di Roma; ²Università del Molise; ³Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO); ⁴Vice-Presidente Conferenza Permanente Presidenti CLM-Medicina e Chirurgia; ⁵Vice-Presidente Conferenza Permanente Presidenti CLM-Medicina e Chirurgia; ⁶Presidente Società Italiana di Pedagogia Medica; ⁷Presidente Intercollegio Medicina Universitaria, Presidente del Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Vita della Presidenza del Consiglio dei Ministri e del Comitato Nazionale dei Garanti per la Ricerca del MIUR; ⁸Coordinatore Commissione Medical Education Interfacoltà Sapienza Università di Roma; ⁹Presidente Conferenza Permanente Presidenti CLM-Medicina e Chirurgia; ¹⁰Responsabile Area Strategica Formazione FNOMCeO; ¹¹Presidente FNOMCeO

Riassunto

In questo articolo viene presentato il nuovo libretto di valutazione del tirocinio dell'esame di stato per l'abilitazione alla professione di medico chirurgo ai sensi del DM 9 Maggio 2018, n.58. Le sue linee generali e i principi ispiratori sono stati condivisi e approvati dalla Conferenza Permanente dei Presidenti di CLM in Medicina e Chirurgia Italiani e ulteriormente approvati dal Comitato Esecutivo di FNOMCeO.

Abstract

This article deals on the new evaluation booklet of the state examination clerkship to professional qualification as a surgeon in accordance with Ministerial Decree May 9, 2018, n.58. Its general lines and inspiring principles have been shared and approved by the Italian Permanent Conference of CLM Presidents in Medicine and Surgery and further approved by the Executive Committee of FNOMCeO.

Introduzione

Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, con DM del 9 Maggio 2018, n.58, pubblicato sulla GU n. 126 del 1 Giugno 2018, ha modificato sostanzialmente le norme concernenti il Regolamento recante gli esami di stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo. Le modifiche sostanziali vedono il Tirocinio Pratico Valutativo, attualmente svolto nel periodo post laurea, anticipato all'interno degli ultimi due anni del corso di laurea; anche la prova finale dell'esame di stato è stata sostanzialmente modificata, svolgendosi tre volte l'anno in vece delle due attuali sessioni e consiste nella risoluzione di 200 quiz a risposta multipla, di cui una sola corretta, che saranno predisposti da una Commissione nazionale di esperti.

In questo ambito è stato costruito un nuovo libretto di valutazione del tirocinio pratico valutativo dell'esame di stato (TPVES). Le sue linee generali e i principi ispiratori sono stati condivisi e approvati dalla Conferenza Permanente dei Presidenti di CLM in Medicina e Chirurgia Italiani nella riunione che si è tenuta a Roma il 16 Luglio 2018, e ulteriormente approvati dal Comitato Esecutivo di FNOMCeO, nella riunione del 7 Settembre 2018.

Le norme del DM guidano la costruzione del nuovo libretto

In particolare, Per quanto previsto dall'art. 3 del DM 9 Maggio 2018 n. 58, il TPVES è volto ad accertare le capacità dello studente relative al "saper fare" e al "saper essere" medico, che consiste nell'applicare le conoscenze biomediche e cliniche alla pratica medica, nel risolvere questioni di deontologia professionale e di etica medica, nel dimostrare attitudine a risolvere problemi clinici afferenti alle aree della medicina e della chirurgia e delle relative specialità, della diagnostica di laboratorio e strumentale e della sanità pubblica, e, non ultimo per importanza, ad applicare i principi della comunicazione efficace.

Esso dura complessivamente tre mesi, è espletato non prima del quinto anno di corso e purché siano stati sostenuti positivamente tutti gli esami fondamentali relativi ai primi quattro anni di corso, previsti dall'ordinamento della sede dell'università, ed è organizzato secondo quanto stabilito dagli ordinamenti e dai regolamenti didattici di ciascun corso di studi.

Il TPVES si svolge per un numero di ore corrispondenti ad almeno 5 CFU per ciascuna mensilità (ad ogni CFU riservato al tirocinio debbono corrispondere almeno 20 ore di attività didattica professionalizzante e non oltre 5 ore di studio individuale) e si articola nei seguenti periodi, anche non consecutivi: un mese in area chirurgica, un mese in area medica, un mese nello specifico ambito della Medicina Generale, quest'ultimo da svolgersi non prima del sesto anno di corso, presso l'ambulatorio di un Medico di Medicina Generale convenzionato con il SSN.

La certificazione della frequenza e la valutazione dei periodi di tirocinio avvengono sotto la diretta responsabilità e a cura del docente universitario o del dirigente medico, responsabile della struttura frequentata dal tirocinante, e dal medico di Medicina generale, che rilasciano formale attestazione della frequenza ed esprimono, dopo aver valutato i risultati relativi alle competenze dimostrate, in caso positivo, un giudizio di idoneità, sul libretto-diario, che si articola in una parte descrittiva delle attività svolte e di una parte valutativa delle competenze dimostrate. Il TPVES si intende superato solo in caso di conseguimento del giudizio di idoneità per ciascuno dei tre periodi.

Il nuovo tirocinio pratico valutativo: alcune norme specifiche concordate dalla conferenza Permanente

La Conferenza Permanente, nella riunione che si è tenuta a Roma il 10 Luglio 2018 ha approvato e condiviso alcune norme specifiche, allo scopo di armonizzare ulteriormente lo svolgimento dei tirocini sul territorio nazionale.

In primo luogo, è stato concordato che ogni tirocinio di area medica o chirurgica si potrà svolgere anche in diverse divisioni cliniche di area medica o di area chirurgica, come previsto nel Regolamento didattico di ogni singola Sede. Proprio a documentare questa evenienza, nel libretto è stata prevista la possibilità di avere giudizi intermedi rilasciati dai docenti tutor delle diverse divisioni di area medica o chirurgica frequentate dal tirocinante, da cui deriverà il giudizio di valutazione complessiva del candidato stesso, ad opera del docente tutor coordinatore di area medica e/o chirurgica, che, come previsto dal DM sarà un coordinatore di Unità Operativa. Lo scopo di questa decisione della Conferenza è soprattutto quello di far giungere ad un giudizio, all'interno delle due aree medica e chirurgica, che sia il frutto di una decisione condivisa tra i diversi docenti che hanno seguito lo studente all'interno del periodo di tirocinio, docenti che sono stati identificati come i tutors intermedi e il tutor coordinatore. La convinzione è quella che tale interazione possa migliorare l'affidabilità della stessa valutazione.

Si è anche preso atto, in quella sede, del fatto che gli studenti, negli ultimi due anni di corso, svolgono usualmente periodi di formazione all'estero nell'ambito dei programmi ERASMUS, periodi che possono comprendere anche un intero anno solare. Su questo argomento, vi è un parere favorevole della Conferenza Permanente, a che periodi trascorsi dagli Studenti in ERASMUS nel V e VI anno di corso, con forte caratterizzazione professionalizzante, per almeno 5 CFU/ECTS o 100 ore di attività clinica in reparto ben documentate dalle Università partner, possano essere riconosciuti, su valutazione specifica del Corso di Studio, ai fini dell'espletamento del tirocinio pratico valutativo di area medica o chirurgica, anche in virtù degli accordi di equiparazione internazionali già vigenti nell'ambito della Comunità Europea. La non osservanza di questa norma costituirebbe infatti un danno nei confronti degli studenti impegnati nei soggiorni all'estero, molto importanti ai fini della loro formazione, e porterebbe inevitabilmente, se non applicata, ad una forte riduzione del numero di studenti impegnati in questa fondamentale parte della loro formazione. In questo caso, le attività svolte andrebbero censite con le stesse modalità previste nel libretto-diario predisposto, così

come la valutazione dovrebbe essere espressa utilizzando le stesse griglie, opportunamente tradotte in inglese.

Il nuovo libretto del Tirocinio pratico valutativo: i principi ispiratori, le griglie di valutazione

Nel comma 5 dell'articolo 3 del nuovo DM, è scritto che: *“Le università forniscono a ciascuno studente un libretto-diario che si articola in una parte descrittiva delle attività svolte e di una parte valutativa delle competenze dimostrate”*.

Nello spirito di piena collaborazione e univocità di intenti, la Conferenza Nazionale, in collaborazione con la FNOMCeO ha progettato un nuovo libretto-diario di certificazione di queste attività, che sostituisce quello attualmente utilizzato dai laureati. In Figura 1 è riportato l'esempio di organizzazione di una pagina, in cui, oltre alla data e alle ore, è previsto uno spazio per la descrizione delle attività cliniche svolte. Questo spazio del libretto, se opportunamente dimensionato, potrebbe essere utilizzato dallo studente non solo per la descrizione di quanto fatto, ma anche per una breve riflessione su quanto lo studente abbia appreso nella singola giornata di tirocinio, sul modello dello *“scritto riflessivo”*, là dove il caso clinico è descritto non solo nella dimensione tecnico clinica, ma anche nella dimensione narrativa (Consorti, 2018).

Ai fini della valutazione dei tirocinanti, sono state proposte ed approvate due griglie di valutazione, una identica per l'area medica e chirurgica (Figura 2) ed una per l'area di medicina generale (Figura 3). In esse si prevede un giudizio di idoneità/non idoneità, comunque graduato, nei singoli punti di valutazione, in diversi livelli qualitativi, da sufficiente a eccellente.

Le griglie di valutazione presenti all'interno del libretto vogliono rappresentare una base univoca per la valutazione del *“saper fare”* e del *“saper essere”* medico. Per la loro costruzione, sono state utilizzate definizioni standard, facilmente realizzabili e che sono adattabili all'intero territorio, in riferimento alle competenze previste nel *“core curriculum”* nazionale (Della Rocca et al., 2017). Esse sono volte ad analizzare e certificare anche il livello di professionalità (*professionalism*) e di consapevolezza della propria identità professionale, che lo studente acquisisce nel corso degli ultimi due anni di frequenza.

Dovranno pertanto essere valutate non solo le competenze cliniche raggiunte dallo studente, per quanto riguarda le abilità di ragionamento clinico, il corretto utilizzo delle evidenze scientifiche in relazione alla particolarità del singolo paziente, le abilità manuali, ma anche quanto riguarda l'accrescimento delle capacità personali a sapersi prendere cura dei pazienti, l'impegno all'onestà,

all'integrità e all'entusiasmo nella pratica della medicina, alle capacità a sapersi relazionare efficacemente con i pazienti e con le diverse figure professionali che hanno parte attiva nel team di cura, compreso l'impegno a voler raggiungere l'eccellenza (Dent et al., 2017; Consorti, 2018).

La valutazione del tirocinante

Risulta del tutto evidente come i docenti tutor impegnati nello svolgimento di questo tirocinio dovranno avere la consapevolezza che tali tirocini, al pari delle altre attività professionalizzanti del Corso di Laurea, dovranno, allo stesso tempo, saper promuovere queste capacità negli studenti che saranno successivamente valutati. I tutor clinici debbono essere disponibili, chiari, ben organizzati, soprattutto avere la passione per l'insegnamento. Essi debbono essere capaci di stabilire un valido rapporto comunicativo con lo studente, che sia improntato al rispetto e consapevole di dover essere esempio di integrità professionale; dovranno essere capaci di dare agli studenti loro affidati sia l'indirizzo giusto, sia il feedback relativo alle azioni compiute dallo stesso studente. I docenti tutor dovranno mostrare, naturalmente, una buona competenza clinica, saper utilizzare le opportune strategie di orientamento e possedere una buona pratica di metodi, tecniche didattiche che riguardano sia l'insegnamento che la valutazione dello studente. Dovranno anche essere abili nel personalizzare la loro azione didattica sulle caratteristiche specifiche di comportamento e di abilità dello studente (Romani e Leinster, 2008; Consorti, 2018).

Risultati efficaci potranno essere raggiunti attraverso un impegno forte all'interno del patto formativo docente-studente, nell'ambito della pratica clinica quotidiana (Dent et al., 2017; Consorti, 2018).

Punto cruciale, per una valutazione corretta del tirocinante, l'utilizzo delle corrette metodiche valutative che dovranno essere messe in atto allo scopo di formulare correttamente e oggettivamente i giudizi da esprimere sulle griglie predisposte all'interno del libretto.

A tale scopo, dovranno essere messi in atto tutti i metodi che comunemente vengono proposti dalla letteratura internazionale per la valutazione clinica (Dent et al., 2017; Consorti, 2018). Tra questi ricordiamo l'osservazione diretta (DOPS) (Lorwald et al., 2018), il fare domande per attivare una riflessione su una situazione contestualizzata, come ad esempio su un caso clinico, la testimonianza di terzi, come il paziente, gli altri operatori sanitari dell'equipe clinica, i pari, o anche i materiali prodotti dallo studente, come ad esempio il *portfolio* (Dent et al., 2017; Consorti, 2018).

L'osservazione diretta consiste nell'osservare direttamente lo studente mentre sta svolgendo il compito assegnato nei confronti del paziente. L'osservazione, che dovrà essere svolta nell'intero tempo assegnato al tirocinio e alle sue frazioni all'interno dei diversi reparti clinici e nell'ambulatorio del medico di medicina generale, dovrebbe prevedere anche l'annotazione di ciò che si vede, attraverso un uso di check list non troppo complesse e la discussione diretta con lo studente di ciò che si è annotato (feedback), allo scopo contemporaneo di valutare e di far accrescere nello studente il suo profilo di competenza (Dent et al., 2017; Consorti, 2018).

In questo ambito, il *dialogo con lo studente* è importante per sviluppare, nello studente stesso, le sue capacità cliniche; questo si realizza nelle fasi che contraddistinguono ogni incontro clinico e generalmente comprende i tempi del *briefing* e del *debriefing* successivo all'esperienza clinica dello studente, che può avvenire all'interno di ogni incontro giornaliero, o alla conclusione di brevi periodi esperienziali dello studente stesso. Non è superfluo ricordare come questo dialogo debba essere chiaro, costruttivo, focalizzato sulle performance e sul comportamento dello studente, non dovendo mai essere vago, rigido, focalizzato sugli aspetti negativi o anche poco rispettoso dello studente stesso.

E' importante sottolineare come la fase del *debriefing* non debba essere interpretata solo come una discussione sulle attività svolte, ma debba raggiungere il livello di una discussione collaborativa di quanto fatto dallo studente, in grado di poterne far sviluppare le capacità di pensiero riflessivo (Dent et al., 2017; Consorti, 2018).

Dovrebbe anche essere stimolata la partecipazione, nell'intero processo di formazione e valutazione, degli altri componenti dell'equipe sanitaria, così come anche le testimonianze dei pazienti e degli altri studenti, anche se il coinvolgimento di pazienti e studenti contrasterebbe certamente con l'impegno formale valutativo che si assume il docente tutor nell'esprimere il giudizio sul tirocinante.

Molto importante, infine, soprattutto per la valutazione del *professionalism* e della identità professionale, appare la valutazione del portfolio dello studente. Come precedentemente accennato, il libretto è pensato, in osservanza del DM, come libretto-diario, dove lo studente deve scrivere le attività svolte. Dando uno spazio idoneo, in modo che lo studente possa scrivere le sue riflessioni sulla giornata o su un periodo trascorso nel reparto, si potrebbe dare al libretto una valenza maggiormente importante ai fini di questa particolare valutazione. Non è però da escludere, anzi fortemente consigliato, che lo

studente annoti le sue osservazioni e le sue riflessioni su un ulteriore quaderno (cartaceo o anche informatico), e che questo venga poi naturalmente esaminato e discusso con lo stesso studente, da parte del docente valutatore. La valutazione del portfolio è infatti in grado di guidare lo sviluppo delle competenze, di monitorare il processo di apprendimento e di valutare le competenze raggiunte (Consorti, 2018).

Solo un uso equilibrato e consapevole di queste metodiche di insegnamento clinico e di valutazione potrà condurre ad una giusta valutazione del tirocinante, nell'interesse comune del miglioramento della qualità dei nostri laureati futuri. La valutazione delle competenze del "saper fare" è infatti maggiormente praticata dai docenti; la valutazione del "saper essere" è senza dubbio maggiormente impegnativa e richiede una preparazione maggiormente specifica per il docente tutor.

Deve quindi essere aggiunta una ulteriore importante annotazione: l'uso equilibrato e consapevole delle specifiche metodiche di insegnamento e valutazione si può ottenere realisticamente a condizione che i corsi di Studio organizzino adeguati periodi di formazione pedagogica in tal senso per i docenti clinici che avranno questa responsabilità. Nessuno mette in dubbio le importanti doti cliniche e professionali possedute dai nostri docenti, ma, nella realtà, la formazione dei valutatori è utile sia *"improntata a riflettere anche sulle proprie precomprensioni, le proprie aspettative in termini di comportamento professionale e che siano sempre tenuti in considerazione gli elementi di contesto in cui l'azio-*

ne è avvenuta, evitando le generalizzazioni" (Consorti, 2018).

Siamo fiduciosi che una corretta applicazione delle giuste metodiche di insegnamento clinico e di valutazione, così come la loro conoscenza da parte dei docenti stessi, potrà portare ad una migliore preparazione dei nostri futuri laureati e questo è un impegno cui non possiamo sottrarci, nell'interesse dei nostri futuri medici e soprattutto nell'interesse dell'intera società civile, che tutti noi abbiamo deciso di servire nel migliore dei modi, quando abbiamo intrapreso la nostra professione di medici e di docenti.

Bibliografia

Consorti F. Didattica professionalizzante nei corsi di laurea in Medicina. EDRA, 2018.

Dent JA, Harden RM, Hunt D. A practical guide for medical teachers, Elsevier, 2017.

Della Rocca C, Basili S, Caiaffa MF, Caruso C, Murialdo G, Zucchi R, Lenzi A. Core Curriculum dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia. Editing, razionalizzazione, semplificazione e proposte di evoluzione. Med. Chir. 73. 3315-3321, 2017.

Lorward AC, Lahner FM, Nouns ZM. The educational impact of mini-clinical evaluation exercise (mini-CEX) and Direct Observation of Procedural skills (DOPS) and its association with implementation: A systematic review and meta-analysis. PLoS One 13 (6): e0198009, 2018.

Romani S, Leinster S. AMEE guide n. 34: Teaching in the clinical environment. Medical Teacher 30: 347-364, 2008).

TUTOR AREA MEDICA/CHIRURGICA/ Medico di Medicina Generale

Attestazione della presenza del tirocinante e delle attività svolte

data	orario	Attività svolte	firma del tirocinante

Parere in itinere relativo all'andamento del tirocinio stesso

Il tirocinante dichiara di aver ricevuto dal tutor un parere in itinere relativo all'andamento del tirocinio

data	firma del tirocinante

Figura 1. Facsimile di una pagina del libretto di valutazione del tirocinio pratico dello studente. In questo si prevede, oltre al giorno e all'ora, anche la descrizione delle attività svolte. E' previsto che il tirocinante dia riscontro di un parere in itinere relativo all'andamento del tirocinio, ricevuto dal Docente tutor.

VALUTAZIONE FINALE DEL CANDIDATO PER IL TIROCINIO PRATICO-VALUTATIVO
DI AREA MEDICA/CHIRURGICA DA PARTE DEL COORDINATORE

Tirocinante: _____

Tutor coordinatore Dr./Prof. _____

Valutazione del candidato _____

Per una VALUTAZIONE POSITIVA utilizzare un punteggio sintetico in lettere con valori corrispondenti a:

A: Eccellente; B: Ottimo; C: Buono; D: soddisfacente; E: Sufficiente; F: insufficiente

Per una valutazione NEGATIVA utilizzare la lettera F

componenti della professione medica	VALUTAZIONE
Mette in atto le buone pratiche del rapporto medico-paziente (colloquio, relazione, informazione, chiarezza, acquisizione del consenso)	
Ha la capacità di raccogliere anamnesi e di eseguire un esame obiettivo in un contesto ambulatoriale	
Conosce e sa applicare il ragionamento clinico: la capacità di individuare i problemi prioritari o urgenti e quelli secondari e la capacità di proporre ipotesi diagnostiche e di individuare gli accertamenti diagnostici dotati di maggiore sensibilità e specificità per confermare o meno le ipotesi	
È in grado di interpretare gli esami di laboratorio	
E' in grado di interpretare i referti degli esami di diagnostica per immagini	
Si orienta sui processi decisionali relativi al trattamento farmacologico e non	
È in grado di compilare il rapporto di accettazione/dimissione del ricovero e in grado di compilare la lettera di dimissione	
È in grado di valutare l'appropriatezza dell'indicazione al ricovero e indicare percorsi di riabilitazione o di ricovero protetto in altre strutture	
Si dimostra capace di inquadrare il motivo del ricovero nel complesso delle eventuali cronicità, altre criticità e fragilità dei pazienti	
Sa indicare azioni di prevenzione e di educazione sanitaria	
Dimostra conoscenza e consapevolezza circa l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e del Servizio Sanitario Regionale	
Rispetta gli orari di inizio e fine turno, veste in maniera adeguata al ruolo, porta con sé tutto il necessario	
Dimostra conoscenza e consapevolezza delle regole del reparto (o ambulatorio)	
Interagisce correttamente col personale medico, infermieristico e tecnico del reparto	
Dimostra conoscenza e consapevolezza dei diversi ruoli e compiti dei membri dell'equipe	
Dimostra un atteggiamento attivo (fa domande, si propone per svolgere attività)	

Valutazione finale per il tirocinio in Area medica/chirurgica

IDONEO	NON IDONEO
---------------	-------------------

Firma del Tutor coordinatore di Area Medica _____ Data: _____

Figura 2. Griglia di valutazione valida sia per l'area medica, che per quella chirurgica. La griglia valuta sia l'ambito del saper fare clinico, sia l'area del saper essere, soprattutto in riguardo ai valori della professionalità e della identità professionale. La votazione finale, ai sensi del DM è espressa semplicemente in termini di idoneità/non idoneità; si è pensato comunque di introdurre, nell'ambito della valutazione di idoneità, un range di valori da sufficiente a eccellente.

VALUTAZIONE FINALE DEL CANDIDATO PER IL TIROCINIO PRATICO-VALUTATIVO
MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Tirocinante: _____

Tutor Dr. _____

Valutazione del candidato _____

Per una VALUTAZIONE POSITIVA utilizzare un punteggio sintetico in lettere con valori corrispondenti a: A: Eccellente; B: Ottimo; C: Buono; D: soddisfacente; E: Sufficiente; F: insufficiente

Per una valutazione NEGATIVA utilizzare la lettera F

componenti della professione medica	VALUTAZIONE
Mette in atto le buone pratiche del rapporto medico-paziente, sa gestire l'accoglienza e strutturare la consultazione (colloquio, relazione, informazione, chiarezza, acquisizione del consenso)	
Ha la capacità di raccogliere l'anamnesi e di eseguire un esame obiettivo in un contesto ambulatoriale e domiciliare	
Conosce e sa applicare il ragionamento clinico: è in grado di individuare i motivi della richiesta di aiuto e la natura e priorità del problema	
È in grado di valutare le urgenze ed individuare le necessità per un ricovero ospedaliero	
E' in grado di proporre ipotesi diagnostiche e di individuare gli accertamenti diagnostici di primo livello dotati di maggiore sensibilità e specificità per confermare o meno le ipotesi	
È in grado di interpretare gli esami di laboratorio	
E' in grado di interpretare i referti degli esami di diagnostica per immagini	
Si orienta sui processi decisionali relativi alla prescrizione di un corretto trattamento e sulla richiesta di una consulenza specialistica	
È in grado di saper svolgere attività di controllo sull'adesione alla terapia da parte del paziente e programmare il monitoraggio e il follow up	
Conosce le problematiche del paziente cronico con comorbidità in terapia plurifarmacologica	
Dimostra conoscenza circa l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale e sulle principali norme burocratiche e prescrittive	
E' in grado di utilizzare la cartella clinica informatizzata e conosce i sistemi informativi del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale	
Sa indicare azioni di prevenzione, di promozione della salute e corretti stili di vita	
Rispetta gli orari di inizio e fine turno, veste in maniera adeguata al ruolo, porta con sé tutto il necessario	
Dimostra conoscenza e consapevolezza delle regole di organizzazione e funzionamento dello studio medico	
Interagisce correttamente col personale di segreteria ed infermieristico dello studio del medico di medicina generale	
Dimostra un atteggiamento attivo e collaborativo (fa domande, si propone per svolgere attività)	

Valutazione finale per il tirocinio Medico Medicina Generale

IDONEO	NON IDONEO
---------------	-------------------

Firma del Tutor di Medicina Generale _____ Data: _____

Figura 3. Griglia di valutazione valida per il Medico di Medicina Generale. La griglia valuta sia l'ambito del saper fare clinico, sia l'area del saper essere, soprattutto in riguardo ai valori della professionalità e della identità professionale, nel setting del territorio. La votazione finale, ai sensi del DM è espressa semplicemente in termini di idoneità/non idoneità; si è pensato comunque di introdurre, nell'ambito della valutazione di idoneità, un range di valori da sufficiente a eccellente.

Cosa cambia con la laurea abilitante per la Professione medica

Sezione 3 Tra progress test e training test - In between progress and training testing

Pietro Gallo

Sapienza, Università di Roma

Uno dei migliori risultati ottenuti dalla Conferenza Permanente dei Presidenti di CCLM in Medicina (CPPC-CLM) è quello del *progress test*, un complesso di 300 domande a risposta multipla sottoposto a cadenza annuale a tutti gli studenti dei Corsi di Laurea in Medicina (dal 2006¹) e in Odontoiatria e Protesi Dentaria (dal 2017²). Gli straordinari risultati di questo test hanno infatti ispirato gli estensori del D.M. del 9 maggio 2018, n. 58 del MIUR.

Come è enunciato nel DM, la prova scritta dell'esame di stato assumerà la forma di un test con domande a scelta multipla non note in anticipo ai candidati.

La CPPCCLM ha deciso di fornire agli studenti italiani, per il prossimo 14 novembre 2018, una prova scritta molto simile a quella che comporrà la prova scritta dell'esame di stato, preparando un *training test* che li alleni ad affrontare il nuovo esame di stato. Il *training test* avrà caratteristiche formali che lo avvicinano al nuovo esame di stato: sarà composto da 200 domande, ripartite in 50 formulate su argomenti riguardanti le conoscenze di base nella prospettiva della loro successiva applicazione professionale e 150 allestite su argomenti riguardanti la capacità di applicare le conoscenze biomediche e cliniche alla pratica medica e nel risolvere una serie di problemi clinici.

Nel contempo, la CPPCCLM ha inteso di non interrompere la pratica del Progress Test, anche nel rispetto del meccanismo premiale conferito da numerosi CLM italiani agli studenti che eseguono il test.

Si è così giunti alla decisione di somministrare un unico *progress/training test* agli studenti in Medicina.

In questo modo, per gli studenti degli anni di corso dal I al IV si otterrà il risultato di non interrompere la lunga e proficua catena del *progress test* e per gli studenti del V e del VI sarà un'occasione per un *training test*, ovvero un allenamento in vista del futuro esame di stato.

Tuttavia, il passaggio dal progress al training test ha imposto una serie di modifiche nella confezione del test.

In primo luogo, il *training test* deve allenare gli studenti al superamento di un esame di stato nazionale e quindi non è più possibile estrarre le domande attingendo a grandi e qualificate banche-dati internazionali perché è diventato quanto mai necessario attenersi strettamente al *core curriculum* dei corsi di laurea in Medicina, elaborato dalla CPPCCLM. A questo scopo la Conferenza ha impegnato tutti i Presidenti di CLM a fornire in modo riservato una serie di domande aderenti a ciò che effettivamente si insegna nei nostri CLM.

vamente si insegna nei nostri CLM.

Ma si è imposta anche un'altra sostanziale modifica rispetto al classico *progress test*. Quest'ultimo, infatti, per valutare il *progresso* dell'apprendimento dello studente da un anno di corso all'altro è necessariamente basato sulle *discipline* insegnate nei vari anni di studio. Uno dei risultati maggiormente utili del progress test è stato proprio quello di osservare come evolva la conoscenza disciplinare dello studente. Ad esempio, è stato possibile verificare in termini obiettivi che se è vero che l'acquisizione delle conoscenze delle scienze di base ha un picco nei primi tre anni di corso, questa prosegue fino al VI anno, quando lo studente ne coglie l'applicazione in ambito clinico.

Al contrario, il citato DM del 9 maggio 2018 si prefigge lo scopo di valutare le competenze in uscita dello studente, quali la capacità di prendere decisioni e risolvere problemi, e si preoccupa di controllare l'acquisizione delle scienze di base principalmente tramite la loro ricaduta sulla competenza clinica. Di conseguenza, nel *training test* – rispetto al *progress test* – non solo è mutato numero e distribuzione delle domande ma si è imposta una *contestualizzazione* clinica delle stesse.

Nel commissionare le domande di base si sono quindi privilegiate le formulazioni problematiche e nel chiedere le domande cliniche non si è andati “per discipline” ma per macroaree di contesto clinico (“in nosocomio”, “in ambulatorio”, “in emergenza/urgenza”, “nel territorio”).

In conclusione, ci siamo trovati di fronte ad una sfida ardua ma non per questo meno affascinante.

L'analisi dei risultati ci dirà quanto avremo colto nel segno.

Pesa, tuttavia, su questo *training test* la data di somministrazione (il 14 Novembre). Questa è stata scelta per una continuità con il *progress test*, che si è sempre tenuto nel medesimo periodo, ma se dovessimo valutare l'impatto di una ancora incompleta conoscenza della discipline proprie del VI anno, sarà probabilmente utile riproporre il solo *training test* (per gli studenti del V e VI anno) nella Primavera 2019.

Bibliografia

1. Tenore A, Basili S., Lenzi A: Il Progress Test 2016. Med. Chir 75: 3386-3390, 2017.
2. Crocetta C, Brindisi M, Lo Muzio L: Analisi dei Risultati del Progress Test 2017 dei Corsi di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria. Med. Chir. 78: 3487-3493, 2018.



CONFERENZA PERMANENTE DEI PRESIDENTI DI CONSIGLIO DI CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA

MOZIONE SU APPLICAZIONE DEL D.M. DEL 9-5-2018 N.58 (GU N.126 DEL 1-6-2018)

La Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia (CPPCCLMM&C) riunita in Roma il 16 luglio 2018,

VISTO

che ai sensi del D.M. del 9 maggio 2018, n. 58. del MIUR ("Regolamento recante gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo."), il tirocinio pratico-valutativo valido ai fini dell'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo (TPVES), di durata di tre mesi, deve essere espletato durante gli ultimi due anni del corso di laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, purché il candidato abbia sostenuto positivamente tutti gli esami fondamentali relativi ai primi quattro anni di corso previsti dall'ordinamento della sede, rinviandone l'organizzazione a quanto stabilito dagli ordinamenti e dai regolamenti didattici di ciascun corso di studi.

CONSIDERATO

che il citato decreto definisce anche che il TPVES si svolge per un numero di ore corrispondenti ad almeno 5 CFU (1 CFU corrispondente ad almeno 20 ore) per ciascuna mensilità articolata in tre periodi, anche non consecutivi (area Medica; area Chirurgica; ambito della Medicina Generale).

RAVVISATA

- i. La necessità di poter svolgere il TPVES utilizzando anche i mesi in cui non si eroghi normalmente attività didattica (generalmente gennaio, febbraio, giugno, luglio, agosto, settembre) per il raggiungimento delle 100 ore certificabili ai fini del DM.
- ii. La necessità di predisporre una certificazione integrata per le rotazioni in area medica o in area chirurgica da parte "del docente universitario o del dirigente medico, responsabile della struttura frequentata dal tirocinante", utilizzando un apposito libretto-diario articolato in una parte descrittiva delle attività svolte e in una parte valutativa delle competenze dimostrate che certifichi o meno l'idoneità.

RACCOMANDA

a tutti i CLM in Medicina e Chirurgia: (i) l'utilizzo sia del V che del VI anno per lo svolgimento del TPVES con di norma, non meno possibilmente di 5 CFU (fatte salve specificità di sede) al V anno di corso e non meno di 5 CFU al VI anno di corso (fatte salve le specificità di sede); (ii) il posizionamento di norma dei 5 CFU da svolgere nell'ambito della Medicina Generale al VI anno di corso come regolamentato dal D.M.

SUGGERISCE

a tutti i CLM in Medicina e Chirurgia di utilizzare, per il TPVES, attività formative professionalizzanti [(indicate in ordinamento come Ulteriori attività formative (art. 10, comma 5, lettera d): tirocini formativi e di orientamento nell'ordinamento didattico) programmate al V e VI anno del piano degli studi anche assegnati a SSD di area specialistica medica, per il tirocinio in "area medica", o a SSD di area specialistica chirurgica per il tirocinio in "area chirurgica" inseriti in Corsi integrati e verificati con esame del Corso integrato (ai soli fini della carriera) oppure non inseriti in Corsi integrati ma con verifica certificativa autonoma (ai soli fini della carriera).

CHIEDE

AI MIUR di poter far svolgere la prima sessione di esame nel mese di luglio 2020, legata all'obbligo di garantire, agli studenti che si iscriveranno al quinto anno nell'anno accademico 2018-2019, la possibilità di attuare il loro TPVES nei due anni, così come previsto dal DM e di aprire l'iscrizione all'esame di stato all'inizio del V anno con la riserva di terminare gli esami fondamentali, relativi ai primi quattro anni di corso previsti dall'ordinamento della sede, prima dell'inizio del TPVES.

Per la CPPCCLMM&C
Il Presidente
Prof. Stefania Basili

Presidente: Prof. Stefania Basili
stefania.basili@uniroma1.it
Vice Presidente Vicario: Prof. Bruno Moncharmont
moncharmont@unimol.it
Vice Presidente: Prof. Giuseppe Familiari
giuseppe.familiari@uniroma1.it

Presidenti Onorari: Proff. L. Frati, G. Danieli
Presidente Associazione: Prof. Andrea Lenzi
andrea.lenzi@uniroma1.it
Segretario: Prof. Amos Casti
amos.casti@unipr.it

Strategie didattiche centrate sullo studente nei CLM in Medicina. III

Le sbobinate (o "sbobine"): l'uso che se ne fa, come potrebbero divenire maggiormente utili nel processo di formazione degli studenti di medicina e chirurgia

Student-centred learning strategies in the undergraduate curricula in Medicine. III

Lecture transcripts: hypothesis of a rational use of this tool with teacher involvement.

Bruno Moncharmont¹, Giuseppe Familiari², Nicola Mastrogioacomo³, Oliviero Riggio⁴, Davide Festi⁵

¹Presidente del CLM in Medicina e Chirurgia della Università degli studi del Molise

²Presidente del CLM in Medicina e Chirurgia "Sant'Andrea" della Università degli studi di Roma "La Sapienza"

³Studente del CLM in Medicina e Chirurgia della Università degli studi di Ferrara

⁴Presidente del CLM in Medicina e Chirurgia "corso C" della Università degli studi di Roma "La Sapienza"

⁵Presidente del CLM in Medicina e Chirurgia della Università degli studi di Bologna

Riassunto

Le sbobinate rappresentano oggi uno degli strumenti più utilizzati dagli studenti di medicina e chirurgia per la preparazione degli esami. L'attuale prevalente setting di utilizzo privilegia, però, l'apprendimento passivo e mnemonico, utile per superare l'esame, ma non utile per l'acquisizione delle abilità al ragionamento critico e dell'autonomia di giudizio, competenze fondamentali per uno studente di medicina. In questo articolo viene presentata una ipotesi di utilizzazione razionale di tale strumento, con un maggiore coinvolgimento del docente, utile a trasformare la lezione in aula in un vero e proprio momento di costruzione del sapere e una reale opportunità per un apprendimento attivo da parte degli studenti.

Parole chiave: sbobinate, studente, docente

Abstract

Today, the "sbobinate" (lecture transcripts) are one of the most employed tools by medical students for exam preparation. The current usage, however, favors passive and mnemonic learning, certainly useful for passing the exam, but useless for the acquisition of critical reasoning skills and judgment autonomy, that we believe are fundamental competences for a medical student. This article presents a hypothesis of a rational use of this tool, assuming a greater involvement of the teacher, that could become useful to transform the classroom lecture into a real moment of knowledge construction and a real opportunity for active learning by students.

Key Words: lecture transcripts, student, teacher

Cosa sono le sbobinate

Sbobinatura, s.f., trascrizione dal nastro magnetico del contenuto di una registrazione.

Questa definizione del dizionario è estremamente riduttiva se facciamo riferimento a quello strumento di apprendimento che, al giorno d'oggi, è largamente in uso tra gli studenti dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia in Italia. La semplice trascrizione delle parole del docente è, infatti, arricchita spesso di immagini, di riferimenti bibliografici e di schemi a cura di un vero e

proprio comitato di redazione, che opera in seno alla comunità studentesca. In molti casi lo studio di questo documento, specifico per un insegnamento (o docente), è sufficiente per superare con successo la relativa verifica di profitto.

Come si usano

La preparazione e la produzione delle sbobinate per un corso seguito dagli studenti, richiede un'organizzazione di non poco conto. Ogni comunità studentesca universitaria struttura il proprio *team* in modo differente da ateneo ad ateneo. In tali gruppi, anche complessivamente composti, ognuno ha un ruolo ben preciso. Ci sono turni da pianificare, *deadline* da inserire e compiti da assegnare. La organizzazione non è la stessa in tutte le università, per cui ogni gruppo universitario di sbobinatori si autoregolamenta in maniera diversa. A grandi linee, possiamo rilevare come alcune figure ricorrono con più facilità. Ci sono gli sbobinatori, i quali materialmente trascrivono la lezione; spesso sono affiancati da revisionatori che possono essere sia revisionatori di contenuti, andando quindi ad inserire stralci dei libri consigliati, approfondimenti, rimandi a materie studiate in passato, o revisionatori di *layout*, di impaginazione e di grafica, che danno uniformità alle "sbobine", rendendole in questo modo più fruibili.

Elenchi puntati, *summaries*, definizioni, *slide* delle lezioni, rendono le "sbobine" un prodotto altamente efficace per lo studio e molto più applicabile alla pratica clinica che ne consegue, grazie all'inserimento dei ragionamenti clinici che il professore elabora a lezione.

L'obiettivo di avere delle sbobinate non è quello di studiare di meno: questo è un concetto errato su cui occorre fare chiarezza. Avere delle sbobinate permette allo studente di integrare le informazioni del libro, in più momenti prolisse e dispersive, con le informazioni che il docente condivide a lezione. Questo le rende uno strumento enormemente vantaggioso per lo studente stesso, quando ovviamente esse non presentino errori o mancanze importanti.

Deve anche essere annotato come la struttura organizzativa della sbobinatura sia molto eterogenea e possa

essere diversa da *team a team*: la capacità di chi la redige ad integrarla e/o approfondirla, rende infatti la qualità di questo strumento fortemente sbobinatore-dipendente; nonostante siano innegabili gli sforzi da parte di tutti gli studenti a fornire un prodotto affidabile, corretto e di qualità, queste ultime non sono sempre costantemente rilevabili in pieno nei prodotti utilizzati dagli studenti.

Vantaggi, svantaggi, rischi ed opportunità

La maggior parte degli studenti di Medicina, quando possibile, utilizza le sbobinate, spesso come unico strumento di apprendimento. La "sbobina" infatti, specifica per un insegnamento, consente di acquisire le conoscenze adeguate al superamento dell'esame, in quanto vi si trovano esattamente tutti gli argomenti che il docente ha spiegato (con le stesse parole da lui utilizzate) e che presumibilmente chiederà all'esame. Inoltre questi fascicoli sono disponibili a costi notevolmente inferiori ai libri di testo (costo della riproduzione o nemmeno quello nel caso di formato elettronico) e sono aggiornate di anno in anno.

Nella maggior parte dei casi, questo materiale non viene più consultato dopo il superamento dell'esame (o addirittura viene dismesso), in quanto lo stesso studente è consapevole che gli argomenti vi sono trattati con una prospettiva limitata dal punto di vista del docente e sono quindi considerati utensili per un apprendimento mnemonico ma non per un apprendimento critico. In altri casi, ove contengano anche i ragionamenti 'clinici' dei professori, sono custodite, diventando molto più utili di un libro di testo spesso asettico e non estremamente aggiornato.

Deve essere sottolineato, però, come le sbobinate spesso possano contenere errori o inesattezze, involontariamente introdotte dalla trascrizione del discorso; tali errori purtroppo sono destinati a persistere, in quanto le sbobinate non sono (salvo pochissime eccezioni) revisionate dal docente da cui sono state tratte.

Oltre al costo ridotto, un ulteriore fattore positivo per lo studente è quello di avere a disposizione uno strumento di apprendimento già strutturato per affrontare la specifica preparazione dell'esame, che gli garantisce un minor dispendio di tempo in confronto ad uno studio su uno o più libri di testo o su altra letteratura scientifica. Permane comunque il limite in cui le conoscenze acquisite attraverso le sbobinate potrebbero dimostrarsi non adeguate, nel caso in cui la verifica di profitto sia sostenuta con un docente diverso da quello che ha erogato la parte di corso da cui derivano le sbobinate stesse.

Una potenziale evoluzione della sbobinatura po-

trebbe essere quella di trasformarsi, senza dubbio con il contributo del docente, che ne dovrebbe curare una revisione almeno sommaria, da strumento di preparazione dell'esame a strumento di preparazione alla lezione. La consultazione preventiva della sbobinatura di un argomento (anche dell'anno precedente) consentirebbe allo studente una partecipazione più attiva alla lezione su quell'argomento stesso, nell'ambito di una modifica sostanziale della erogazione della lezione, che dovrebbe avvenire sulla base, ad esempio, della modalità così detta *flipped classroom* (Jeffries et al., 2017).

E' anche doveroso evidenziare come la produzione delle sbobinate da parte di gruppi di studenti, che in maniera coordinata ed organizzata si dividono il lavoro e condividono il prodotto finale, abbia comunque una importante valenza formativa al lavoro di gruppo ed alle capacità di comunicazione per quel gruppo di studenti che ha collegialmente elaborato il prodotto finito.

Esperienze raccolte tra i docenti

Le sbobinate potrebbero rappresentare uno strumento per migliorare la qualità delle lezioni frontali. Questa affermazione è basata su due opportunità, rese possibili dalle sbobinate:

- 1 L'opportunità di rivedere e commentare le lezioni effettuate dagli altri docenti del corso;
- 2 L'opportunità di corredare/completare le sbobinate con materiale aggiuntivo, che tramite *link* ipertestuali possono essere resi accessibili agli studenti.

E' evidente come, in entrambi i casi, sia necessaria una attiva revisione del prodotto grezzo derivato dalla trascrizione delle registrazioni effettuate a lezione dagli studenti sbobinatori.

Per quanto riguarda il primo punto, nell'esperienza recente di uno degli autori, tale revisione è idealmente effettuata dal coordinatore del corso integrato, che ha così la possibilità di conoscere i particolari dell'attività didattica degli altri docenti, pur non partecipando direttamente alla lezione. La conseguenza immediata di questa operazione è la possibilità di integrare, nel migliore dei modi, le varie componenti di un corso integrato, spesso rappresentate da docenti di diversa formazione e disciplina. Si pensi ad esempio a corsi integrati come le *"Patologie Integrate"* in cui, oltre alla componente medica e chirurgica vi possono essere contributi di altre discipline quali la farmacologia, la diagnostica per immagini, l'anatomia patologica o altro. Questi corsi multidisciplinari, sulla carta una grande risorsa, spesso perdono di efficacia per motivi di non perfetta organizzazione che porta spesso a ripetizioni e ridondanze. La lezione integrata in co-presenza, certamente non il me-

todo didattico più diffuso, non supera completamente il problema: alcuni contenuti dei corsi, quelli più propriamente conoscitivi disciplinari, potrebbero infatti non essere adatti alla lezione in co-presenza, che si presta meglio alle discussioni su problematiche gestionali e terapeutiche.

La revisione delle sbobinate permette dunque al coordinatore del corso, se coincidente col docente revisore delle sbobinate, non solo la banale correzione dei testi ma anche di affrontare la più problematica funzione del coordinamento vero e proprio. Un conto è infatti concordare in una riunione organizzativa di inizio semestre gli argomenti delle lezioni dei vari docenti e un altro è verificare nei particolari l'effettivo contenuto, avendo a disposizione uno scritto che può essere successivamente discusso ed elaborato. Ci si appropria in effetti del punto di vista degli studenti e si comprende maggiormente cosa effettivamente arriva alle loro menti.

La seconda opportunità è ancora più impegnativa e complessa, ma anche per questo, più stimolante e si collega alla possibilità di utilizzare le sbobinate come strumento per prepararsi alla lezione facilitando forme di didattica attive come quella della *flipped classroom*. Una sbobinata potrebbe infatti essere corredata da *link* ipertestuali che rimandino gli studenti al testo di un manuale, o meglio, in modo ancora più interessante, a linee guida, *reviews*, *position papers* e, in ultima analisi, alla letteratura medica. Questo approccio potrebbe avere due interessanti ricadute. La prima è che gli studenti sarebbero introdotti gradualmente alla ricerca della letteratura, inizialmente tramite il docente revisore delle sbobinate, che li guida aggiungendo testi e articoli, e in un secondo momento da soli, consultando *database* in autonomia. La capacità di gestire la letteratura medica dovrebbe essere oggi una delle metodologie più utili da far acquisire. I contenuti disciplinari cambiano infatti continuamente e la letteratura medica si aggiorna di continuo: una volta in grado di consultarla, lo studente sarà in grado di continuare a ottenere le informazioni necessarie alla professione. La seconda ricaduta di una sbobinata "attiva" potrebbe essere quella di svincolare, almeno in parte, il docente in aula dai contenuti conoscitivi, consentendogli di dedicarsi alla possibilità di "tradurre" i testi, sottolineando le parti di un contenuto conoscitivo con ricadute nella pratica, dedicandosi a affrontare casi o condizioni cliniche emblematiche e significative. Questo approccio, che dovrebbe essere il futuro dell'insegnamento in aula, almeno per la parte clinica del corso di laurea, manca attualmente di supporti per studenti e docenti. La sbobinata "attiva" dell'anno precedente, messa a disposizione degli studenti all'ini-

zio del corso, potrebbe svolgere una funzione che difficilmente un libro di testo, per quanto modernamente correlato di interattività e connessione al web potrebbe offrire, se non altro perché non costringerebbe i docenti ad adattarsi a schemi e contenuti concepiti da altri.

La sbobinata della lezione, in questi casi, sarà via via sempre più rispettosa della funzione metacognitiva che ciascun docente dovrebbe svolgere, senza essere costretto a riportare a lezione i contenuti che sarebbero già a disposizione degli studenti o reperibili sul web.

Esperienze raccolte tra gli studenti

Per valutare la dimensione del fenomeno sbobinate ed il significato che vi attribuiscono gli studenti, nell'ambito di una riflessione all'interno della Commissione Tecnico Pedagogica sul calo della frequenza alle lezioni durante il corso degli studi, è stato chiesto alle due associazioni studentesche del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia di Bologna di sviluppare e promuovere un questionario dedicato a questi problemi. L'indagine è stata effettuata online ed analizzata autonomamente dagli studenti. Sono state raccolte 593 risposte. Alla domanda "utilizzi le sbobinate per preparare gli esami?" la percentuale di SI è andata aumentando dal 77% al 1° anno al 91% al 6° anno. Alla domanda "In generale pensi che il contenuto delle sbobinate riproduca in maniera esaustiva la lezione?" la percentuale dei SI è andata aumentando dal 66% del 1° anno al 76% del 6° anno. Infine, alla domanda "Potendo usufruire delle sbobinate, le ritieni una alternativa valida alla frequenza delle lezioni?" la percentuale dei SI è andata aumentando dal 43% del 1° anno al 71% del 6° anno.

Tutti questi dati confermano la realtà e la diffusione delle sbobinate e suggeriscono, quindi, la necessità di governare, docenti e studenti insieme, questo fenomeno.

Il contributo di riflessione della CPPCCLM

La discussione che si è tenuta nell'ambito del gruppo di lavoro dell'Atelier pedagogico dedicato a questo argomento (129ma riunione della dei Presidenti dei Corsi di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia, Trieste - 20 aprile 2018) ha riscontrato opinioni contrastanti sull'utilità dell'uso delle sbobinate nell'attuale setting di uso da parte degli studenti, anche se si è registrata una prevalenza di opinione a razionalizzare e condurre su un binario condiviso questo strumento. Infatti, così come messo in atto oggi, esso non rinforza certamente la formazione didattica critica e autonoma sulla base di quanto previsto dai *descrittori di Dublino*, specialmente per quegli studenti che rappresentano i meri utilizzatori del prodotto finito, che spesso non frequentano le lezioni

in aula. Per quanto sopra esposto, risulta infatti chiaro come vi possa essere un contributo formativo importante per quegli studenti che preparano e confezionano la sbobinatura, ma non certamente per quegli studenti che la utilizzano in modo sostitutivo della frequenza in aula.

È anche doveroso sottolineare come l'analisi di questo fenomeno ci debba inevitabilmente condurre alla ricerca delle sue cause. Sebbene le sbobinate si stiano affermando (o si siano già affermate) come strumento principale di studio ed abbiano marginalizzato l'uso dei libri di testo per la preparazione dell'esame, gli stessi utilizzatori sono consapevoli che non potranno essere utilizzate come fonti di riferimento nel momento in cui, nella vita professionale, verrà loro richiesto un utilizzo critico delle conoscenze acquisite. Da questa evidenza scaturisce la considerazione che vede le sbobinate originarsi ed evolversi come risposta adattativa ad una pressione selettiva esercitata dalla modalità prevalente nel nostro sistema di misurare, nelle prove certificative, l'apprendimento mnemonico piuttosto che quello critico o, in altre parole, di privilegiare la verifica delle conoscenze a quella delle competenze. Se così fosse, probabilmente una evoluzione delle modalità di esame verso una sistematica verifica di competenze potrebbe condurre ad un tramonto delle sbobinate.

Infine, un possibile uso razionale e positivo della sbobinatura non deve prescindere da quelli che debbono essere considerati gli elementi di innovazione importanti per la costruzione di una lezione in aula che sia realmente utile alla crescita culturale dei nostri

studenti. Traendo spunto dalla letteratura internazionale (Jeffries et al., 2017), non si deve mai dimenticare quelli che debbono essere considerati i punti chiave di una lezione frontale che sia davvero utile allo studente; tra questi deve essere enfatizzato il ruolo della lezione come evento di "costruzione" della conoscenza, conoscenza che deve divenire, per lo studente stesso, mezzo per l'acquisizione autonoma di nuova conoscenza critica. Una lezione in aula deve pertanto costituire sempre una opportunità per un "apprendimento attivo": *"Active learning is those [practices] designed at least in part to promote conceptual understanding through interactive engagement of students in heads-on (always) and hands-on (usually) activities which yield immediate feedback through discussion with peers and/or instructors"* (Hake, 1998).

Molto probabilmente, un uso concettualmente avanzato delle sbobinate potrebbe rappresentare un mezzo molto interessante e soprattutto condiviso con gli studenti, per promuovere efficacemente tale tipo di apprendimento, con maggiore efficacia su un più ampio numero di studenti, rispetto a quanto non lo sia ora in molti contesti formativi usuali nel nostro territorio.

Bibliografia

Hake RR. Interactive engagement versus traditional methods. A six-thousand-students survey of mechanics test data for introductory physics corse. *Am J Phys*, 66: 64-74, 1998.

Jeffries WB, Hugget KN, Szarek JL. Lectures. In: Dent JA, Harden RM, Hunt D. *A practical guide for medical teachers*, Elsevier, 2017.



Il Progress Test 2017

Progress Test 2017

Alfred Tenore, *Stefania Basili, *Andrea Sansone, *Andrea Lenzi.

Department of Medical Education California University of Science and Medicine San Bernardino, California, USA;

**Sapienza-Università di Roma.*

Summary

The Progress Test (PT) is a longitudinal knowledge evaluation method which has been performed every year since 2006 in most Italian medical schools. Since the PT was first administered, the percentage of schools involved in the PT has increased from 50% to approximately 94% and has seen the number of participating students increase from 3,300 to more than 32,000. The PT answered the need for student assessment in Problem-Based Learning (PBL); to the present date, the PT has proven useful as a longitudinal, progressive method of assessment and evaluation for traditional curricula as well.

This report focuses on the results obtained from the last PT (november 2017) taken by 32,120 Italian medical students.

Riassunto

Il Progress Test (PT) è un metodo di valutazione longitudinale delle conoscenze che è stato effettuato ogni anno dal 2006 in numerosi Corsi di Laurea italiani. Dalla prima somministrazione la percentuale di Corsi partecipanti è aumentata progressivamente – dal 50 al 94% circa – e il numero di studenti partecipanti è cresciuto da 3300 a oltre 32000. Il PT ha risposto alla necessità di valutare gli studenti in un contesto di Problem-Based Learning (PBL); ad oggi, il PT ha anche dimostrato la sua utilità come metodo di valutazione longitudinale e progressiva anche nei curricula “tradizionali”. Questo report riporta i risultati dell’ultimo PT (novembre 2017) cui hanno partecipato 32120 studenti.

Parole Chiave/ Key-Words: Progress Test, 2017

Introduzione

Introdotta nel 2006 nelle Facoltà di Medicina italiane, il “Progress Test” (PT), rappresenta un metodo di valutazione longitudinale delle conoscenze che si distingue dalle “normali” prove di valutazione per due caratteristiche essenziali: (a) lo studente non può prepararsi per il PT, (b) la valutazione è basata solo sulla capacità dello studente di acquisire e ritenere le conoscenze riguardo agli obiettivi del curriculum formativo globale e non del singolo corso integrato.

Per queste sue caratteristiche il PT appare come il test più idoneo a valutare l’apprendimento rispetto alla *summa* delle conoscenze richieste per un laureato ideale di un Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia.

Il PT è stato introdotto in un numero sempre cre-

scente di Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia grazie agli sforzi dell’associazione “Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia” a partire dal 2006. Similmente a come è cresciuto il tasso di adesione, allo stesso modo il ruolo come metodo di valutazione “universale” è andato a definirsi in maniera più precisa, tanto da essere considerato come uno degli esempi dagli estensori del DM relativo al nuovo esame per la “laurea abilitante”.

Materiali, Metodi e Risultati

Il PT viene somministrato in tutti i Corsi contemporaneamente – solitamente in un mercoledì delle prime due settimane di novembre.

Le due parti del test – Scienze di Base e Scienze Cliniche – sono sostenute in tempi diversi: la prima parte dalle 9:00 alle 12:00 e la seconda dalle 14:00 alle 17:00. In totale, il PT consta di 300 domande (150 nell’area delle Scienze di Base e 150 nell’area delle Scienze Cliniche), con una media di circa 80 secondi per domanda. Le domande, tutte a scelta multipla, affrontano obiettivi didattici sia “nozionistici” che “di ragionamento”, analogamente ad altri test come quello della McMaster University in Canada. Per ogni domanda è prevista una sola risposta corretta; ad ogni risposta correttamente è assegnato un punto.

Le domande vengono cambiate ogni anno, e trasmesse ai Corsi di Laurea poco prima del PT di modo da limitare le possibilità di diffusione agli studenti. Il coordinamento centrale designa il personale coinvolto nelle varie sedi, al fine di garantire un regolare svolgimento della prova in tutte le sedi interessate.

Ogni sede ottiene quindi delle informazioni sia in forma aggregata (numerica) che analitica rispetto agli ambiti culturali presi in considerazione. A livello centrale è poi elaborata una media nazionale con la quale ogni sede può paragonare i risultati ottenuti dagli studenti dello stesso anno della propria Facoltà.

Il 15 novembre 2017 è stato condotto il dodicesimo PT che ha visto coinvolti 46 dei 49 corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia (CLMMC) degli Atenei italiani.

A questi, si aggiungono anche 2 dei 10 Corsi in lingua inglese sul territorio italiano.

Complessivamente hanno quindi partecipato al Progress test 2017, 48 Corsi di Laurea, per un totale di 32120 studenti. Nelle figure e tabelle che seguiranno verranno tuttavia riportati i dati su 31623 studenti appartenenti ai

46 CLMs che hanno inviato i risultati.

Il 72% dei CLMs ha somministrato il test ai 6 anni di corso. Il 13% a 5 anni, il 7% a 4 anni e l'8% a 3 o meno anni di corso.

Come riportato in Tabella 1, a confronto con il PT 2016, nel 2017 si è riscontrato un aumento significativo a carico del IV anno ed un analogo decremento a carico del III anno, verosimilmente come conseguenze dell'elevato numero di studenti subentrati per ricorso e afferenti al III anno nell'anno accademico precedente. Cambiamenti di minor entità sono stati inoltre osservati in tutti gli anni, con lievi incrementi fra il 2% e il 6% in tutti gli anni ad eccezione del primo anno, caratterizzato da una diminuzione di circa il 4% rispetto al PT 2016.

Nella Figura 1 è riportata la percentuale di partecipanti rispetto al numero totale di iscritti negli 11 anni di somministrazione del PT. La linea tratteggiata in orizzontale rappresenta la partecipazione media tra il 2006 ed il 2017.

La partecipazione al PT è andata aumentando nel corso degli anni – certamente per una maggiore consapevolezza degli studenti, ma anche e soprattutto come premialità alla carriera dello studente. Rispetto al numero potenziale degli studenti iscritti ai diversi Corsi di Laurea, dal 2012 si è sempre registrata una partecipazione superiore al 50%, che nel 2016 e 2017 ha superato il 60%.

Tuttavia, come evidente in Figura 2, la partecipazione è inversamente proporzionale all'avanzamento nella carriera degli studenti: la partecipazione è difatti massima nei primi anni di corso e si riduce progressivamente negli anni.

L'analisi dei risultati globalmente ottenuti per le scienze di base e quelle cliniche ha mostrato un andamento paragonabile a quello della media nazionale mettendo insieme tutte le informazioni ottenute dal 2011 al 2017.

Analisi dei Risultati per anno di corso

Si riscontra per il *I anno* un lieve calo della performance in entrambe le aree (Scienze di Base, 22.4%; Scienze Cliniche, 17.5%). Per il *II anno* la percentuale delle risposte giuste per le Scienze di Base è lievemente ridotta (26.7%) rispetto al 2016 (29.4%), tenendosi in linea con quelle del 2015 (25%) e del 2014 (27.6%), mentre la percentuale per le scienze cliniche (19.7%) è paragonabile a quella degli anni precedenti (20.3 nel 2015 e 20.4 nel 2016). Nel *III anno*, si è osservato un calo di quasi 5% nelle scienze di base (dal 41% del 2016 al 36.4% del 2017), mentre il trend positivo per le scienze cliniche si è mantenuto (24.5%).

Dal *IV anno* al *VI anno*, a confronto con il 2016, per le scienze di base si è osservato un calo della percen-

tuale delle risposte corrette (2017: 44.0%, 47.8% e 51.4% rispettivamente; 2016: 49.2%, 53.9%, 57.4%, rispettivamente). Tale andamento non è stato osservato invece per le scienze cliniche.

Analisi individuale delle aree disciplinari.

Scienze di Base

Come atteso l'area di "Morfologia e Biologia" presenta un aumento nei primi tre anni fino a superare il 50% al terzo anno; tuttavia la percentuale di risposte esatte è in aumento anche fino al sesto anno, suggerendo come gli studenti non solo non perdano memoria di quanto studiato, ma anzi riescano ad ampliare il loro bagaglio di conoscenze grazie allo studio di altre aree disciplinari.

Per il 2017, le aree di "Fisiologia" e "Biochimica e Biologia Molecolare" sembrano andare incontro un aumento progressivo nel primo triennio, per poi raggiungere e mantenere un "plateau" tra il quarto ed il sesto anno.

La percentuale di risposte corrette per l'area di "Microbiologia ed Immunologia" raggiunge un picco al terzo anno, a riprova del lavoro condotto al secondo anno – quando si insegnano materiale ricomprese in questa area disciplinare – e arriva ad un plateau negli ultimi due anni, come riprova della conservazione della conoscenza. Per la "Patologia e Fisiopatologia" la percentuale di risposte corrette aumenta progressivamente in tutti gli anni di corso, a indicazione di una sempre maggiore consapevolezza dei meccanismi fisiologici sottesi alle patologie. L'andamento dell'area disciplinare "Farmacologia" è stato un costante crescendo, con un aumento più marcato fra il quarto ed il quinto anno, compatibile con i tempi del relativo esame. Anche per le "Scienze del Comportamento" si è osservato questo anno un progressivo incremento delle conoscenze che cresce anno per anno, sebbene con un andamento meno marcato.

Scienze cliniche

Per le aree di "Ostetricia e Ginecologia" e "Pediatria" è facilmente osservabile una progressione graduale che progressivamente sale fino a raggiungere una percentuale lievemente superiore al 50% al sesto anno di corso per ginecologia ed ostetricia e di poco superiore al 42% per pediatria. Questo dato appare in linea con i tempi della didattica, dal momento che gli insegnamenti relativi si trovano appunto al sesto anno; resta tuttavia degno di nota il "gap" fra i due insegnamenti.

Per la "Medicina Interna e Specialità Mediche", la "Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche" e la "Sanità Pubblica" si assiste sicuramente ad un incremento delle conoscenze dopo i primi tre anni di corso.

La disciplina "Anatomia Patologica", come facilmen-

te immaginabile, presenta un drastico aumento nel secondo triennio, subito dopo o durante lo studio della materia: tuttavia, a confronto con i precedenti PT, la percentuale di risposte corrette si è notevolmente ridotta, raggiungendo il 41.6% e il 51% rispettivamente per il V e VI anno nel 2017 a fronte del 60.5% e 67.5% per gli stessi anni di corso nel 2016.

Le figure 3 e 4 riportano l'analisi dell'incremento

delle competenze al sesto anno suddivisi per CLMMC. Numerosi Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia si collocano nel range medio: questo risultato è la prova dell'impegno della Conferenza dei Presidenti, ma allo stesso tempo è un chiaro indizio del grado di affidabilità del PT nel valutare le conoscenze "globali" acquisite e mantenute dagli studenti nel corso del loro percorso di studi.

Tabella 1. Partecipanti al Progress Test tra il 2006 e il 2017.

Anno di corso	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I anno	879	2504	4353	3366	3683	-	3095	3366	4408	4403	4414	4230
II anno	0	1068	2871	2972	3669	3602	4170	3508	4804	6589	5518	5826
III anno	0	516	2592	2621	2968	3929	4012	3158	4433	5231	7942	5979
IV anno	2271	1927	1728	2087	2119	3032	3070	2839	3460	4114	5880	7048
V anno	80	1574	1664	1067	1527	1876	2420	2363	3193	3366	4662	4820
VI anno	266	2341	1594	1144	1312	1552	1920	2252	2657	3196	4125	4217
Totale	3496	7930	14802	13257	15278	13991	18687	17486	22955	26899	32176	32120

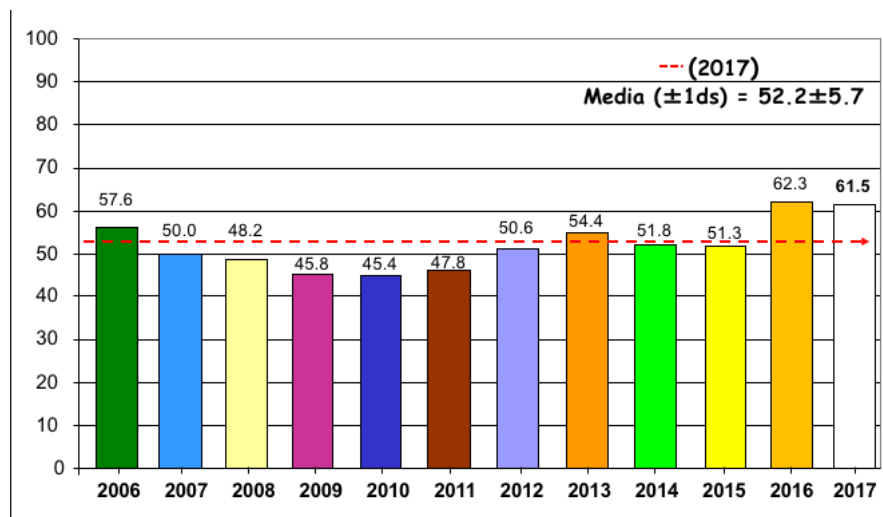


Figura 1. Percentuale degli studenti che hanno sostenuto il Progress Test rispetto al numero potenziale.

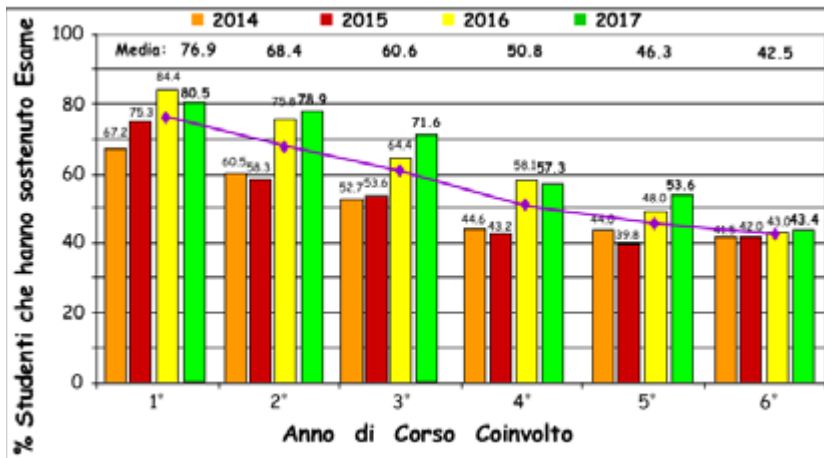


Figura 2. Percentuale di Studenti (per Anno Accademico) che hanno sostenuto il Progress Test rispetto al Totale iscritti a ciascun Anno.

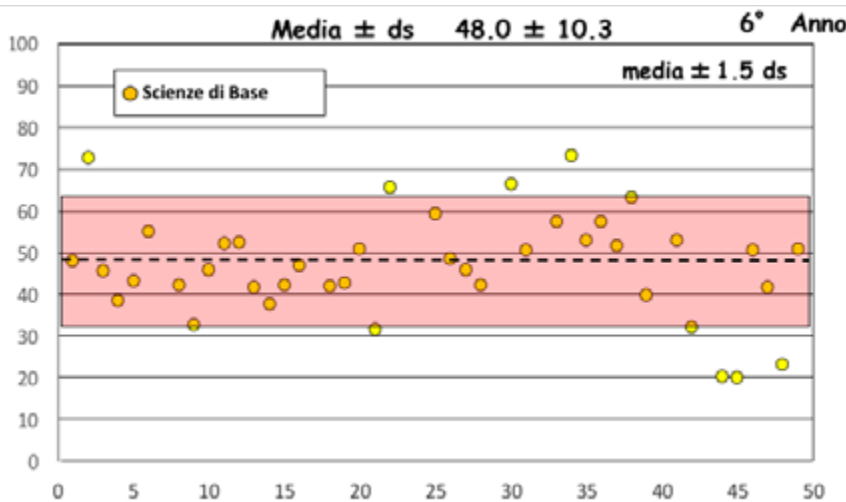


Figura 3. Punteggi medi per Ateneo al VI anno di corso – Scienze di Base.

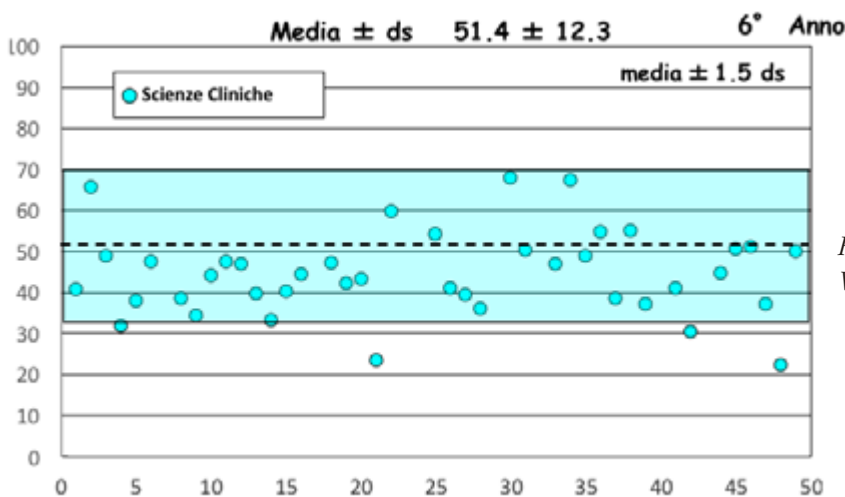


Figura 4. Punteggi medi per Ateneo al VI anno di corso – Scienze Cliniche.

Indagine nazionale sui tirocini professionalizzanti nei Corsi di Laurea in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (TPALL).

Mariacristina Mazzari¹, Silvia Fustinoni¹, Bruno Maria Troia², Lucia Zannini³

¹ Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano

² Commissione Nazionale dei Tecnici della Prevenzione della Conferenza Permanente delle Professioni Sanitarie; Docente del Corso di Laurea Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro dell'Università di Torino

³ Dipartimento di Scienze biomediche per la salute, Università degli Studi di Milano

Abstract

Il tirocinio rappresenta il cuore della preparazione professionale degli studenti dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie.

Per identificare, descrivere e analizzare le caratteristiche, a livello nazionale, dei tirocini nel Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (TPALL) è stato disegnato uno studio esplorativo di tipo descrittivo, allo scopo di fornire nuove conoscenze sul tema, favorire il confronto tra i formatori e il miglioramento delle attività formative professionalizzanti.

È stato progettato un questionario, applicando le prime fasi del processo di validazione, come indicato in letteratura. L'analisi della validità di contenuto è stata effettuata attraverso il Content Validity Index.

Il questionario risultante (50 items) è stato inviato per la compilazione online ai Direttori delle Attività Didattiche (DAD) delle 33 sedi del Corso di Laurea TPALL attivi nell'a.a. 2016-2017, afferenti a 27 Atenei italiani.

Hanno risposto il 78% dei Coordinatori, riportando i dati del 73% delle sedi dei corsi TPALL presenti in Italia, riguardanti il percorso di tirocinio di 1205 studenti.

L'indagine ha rilevato una realtà piuttosto differenziata dalla quale emergono criticità connesse al riconoscimento del ruolo delle figure tutoriali, alla progettazione dei percorsi formativi e alla loro valutazione. Da ciò è possibile trarre indicazioni per la ricerca di strategie comuni, l'implementazione della formazione delle figure tutoriali e l'arricchimento dell'offerta formativa.

Parole-chiave: Organizzazione dei tirocini; tecnico della prevenzione; tutorato; survey; formazione di base.

Training in the field is considered a core phase in the educational process of healthcare professionals.

We designed a National explorative survey to identify and describe the characteristics of the Environmental Health Officers (EHO) apprenticeships in undergraduate courses; our aim was to extend knowledge of this topic, stimulate debate among teachers and promote the improvement of training in the field.

We designed a questionnaire, and applied the first phases of the validation process, as pointed out by literature. The analysis of content validity was performed calculating the Content Validity Index.

The resulting questionnaire (50 items) was emailed to all the 33 Italian Coordinators of EHO apprenticeships (belonging to 27 different universities) in the A.Y. 2016-2017, for online filling out.

Seventy eight% of the Coordinators filled out the questionnaire, reporting data related to 73% of the universities offering EHO courses, which globally involved 1205 students.

Our survey revealed a quite patchy situation, in which some critical aspects emerged, mainly related to the acknowledgment of the role of mentors/tutors, and to the activities of planning and evaluating training in the field.

Accordingly, we point out the necessity of discussing common strategies to implement EHO apprenticeships on a national basis, to develop mentors' programs, and, more generally, to improve curricula.

Key words: *Apprenticeship organization; environmental health officers; mentoring; survey; undergraduate training.*

Introduzione

Nel 2010, la Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie (CPCLPS), forte della legge di Riforma Universitaria DM 270/2004, riprogetta e consolida le esperienze maturate nella formazione universitaria con la predisposizione del documento *Principi e standard del tirocinio professionale nei corsi di laurea delle professioni sanitarie*. Il documento richiama la forte valenza formativa del tirocinio curricolare, inteso come strategia formativa che prevede l'affiancamento dello studente a un professionista esperto in contesti sanitari specifici, al fine di svilupparne le competenze professionali, di identità e appartenenza professionale e di pre-socializzazione al mondo del lavoro.

L'attività di tirocinio professionalizzante prevista nel percorso formativo del Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (TPALL), che afferisce alla Classe di Laurea delle Professioni Sanitarie della Prevenzione, mutua dal DM 119/2009 gli obiettivi formativi qualificanti – il TPALL svolge con autonomia tecnico-professionale attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene e sanità pubblica e veterinaria – e prevede il tirocinio clinico, di almeno 60 CFU, come parte integrante e valorizzante la formazione professionale.

A oggi, però, non si dispone di informazioni sui modelli organizzativi e formativi per la realizzazione del tirocinio professionale del TPALL, né sul livello di adesione dei CdL alle indicazioni fornite in merito dalla CPCLPS. L'obiettivo di questa ricerca è stato identificare, descrivere e analizzare le caratteristiche dei percorsi di tirocinio dei CdL per TPALL, al fine di contribuire a fornire nuove conoscenze sull'oggetto indagato.

Materiali e metodi

Per il raggiungimento dell'obiettivo prefissato, è stato effettuato uno studio esplorativo di tipo descrittivo, che ha coinvolto tutti i Direttori delle Attività Didattiche (DAD) dei CdL TPALL italiani (33 sedi, 27 Atenei) cui è stato richiesto di compilare un questionario on-line, costruito applicando il processo sistematico in sette step proposto dalla AMEE Guide No. 87 (*Developing questionnaires for educational research*).

La revisione della letteratura (Step 1) ha evidenziato l'assenza di survey relative alle attività formative professionalizzanti nel CdL in Tecniche della Prevenzione.

Lo Step 2 ha riguardato l'analisi della presenza/assenza di informazioni sull'organizzazione del corso, la presentazione e la progettazione del tirocinio, nonché delle informazioni sulle attività di tirocinio disponibili sui siti delle diverse sedi del CdL (*web research*).

A partire dal quadro teorico concettuale di riferimento (identificato nel sopracitato documento della CPCLPS) sono state individuate le tematiche privilegiate e gli indicatori da considerare ai fini della ricerca (Step 3).

È stata quindi predisposta una prima versione del questionario (Step 4) costituita da 41 items ripartiti in 5 sezioni, che è stata sottoposta al giudizio di un gruppo di 6 esperti (Step 5), scelto sulla base dell'esperienza e competenza nel settore (una pedagoga e cinque professionisti con ruolo di DAD e Coordinatore di CdL triennali e magistrali afferenti all'area della Prevenzione), a cui è stato chiesto di esprimere un giudizio sulla rilevanza dei contenuti (utilizzando una scala Likert a 4 punti^a) per ogni item del questionario.

Dai feedback provenienti dagli esperti, è stata avviata l'analisi della *validità* di contenuto secondo un metodo di quantificazione del grado di accordo degli esperti in merito alla rilevanza degli item, il *Content Validity Index* (CVI), un valore facilmente computabile e comprensibile, e in grado di produrre informazioni utilizzabili per raffinare o scartare singoli elementi oltre che a informazioni sulla validità globale della scala (intesa come insieme di items). Con un gruppo di 6 esperti il

valore CVI per ogni item (I-CVI) è considerato "accettabile" se non è inferiore a 0,783. Secondo gli standard proposti da Polit et al. (2007)⁴, invece, il valore raggiunge un giudizio "eccellente" se compreso tra 0,81 e 1. Nel nostro studio l'I-CVI è risultato compreso tra 0,83 e 1.

Per il CVI riferito all'intera scala (S-CVI) si è proceduto al calcolo sia dell'indice S-CVI/UA (basato sull'accordo universale), il cui criterio di accettabilità è pari a 0,80, sia dell'indice S-CVI/Ave (basato sulla media), il cui standard è individuato a 0,90. Nel nostro studio l'S-CVI/UA è risultato 0,82 e l'S-CVI/Ave è risultato 0,87.

Contestualmente alla validazione di contenuto, è stata verificata la validità di facciata. In conseguenza del giudizio espresso dagli esperti, dei risultati della web research e dei dati emersi dalle interviste cognitive^b relative alla comprensibilità degli item e delle opzioni di risposta del questionario (validità del processo di risposta) effettuate con 4 soggetti (differenti dal team di esperti) non DAD, ma con competenze sui tirocini TPALL (Step 6), si è deciso di predisporre un Glossario (in Appendice) per rendere il più possibile univoca l'interpretazione dei termini adottati.

La Guida AMEE No. 87 prevede infine l'effettuazione di un test pilota (Step 7) condotto su membri della popolazione target e, a seguire, l'analisi statistica dei dati. Nel nostro studio, avendo assunto come target l'intera popolazione reclutabile (i 33 DAD delle sedi del CdL) questa fase non è stata realizzata.

Il questionario finale comprende 50 item ripartiti in 5 sezioni: organizzazione del CdL, caratteristiche delle sedi di tirocinio, organizzazione delle attività, progettazione e documentazione del percorso, valutazione dello studente.

I dati raccolti sono stati elaborati utilizzando tecniche di statistica descrittiva, mediante Excel 2010.

Ai risultati ottenuti attraverso le domande aperte o campi testo sono stati applicati, ove possibile, metodi di analisi di contenuto di un testo scritto.

Al fine di individuare relazioni tra variabili nominali,

^b *Le interviste cognitive (in inglese cognitive interviews) o pre-test cognitivi, sono finalizzate a determinare come i rispondenti potenziali interpretino gli items e se la loro interpretazione corrisponda a quello che il progettista dell'indagine ha in mente (Wilis 2005, Karabenick et al. 2007) NOTEREF_Ref524596503 \f \h * MERGEFORMAT 2, attraverso l'analisi di come gli intervistati comprendono le domande, rievocano dalla memoria le informazioni, le combinano in un giudizio e scelgono una risposta, per controllare eventuali problemi in questo processo di risposta. Le due tecniche principali per condurre un'intervista cognitiva sono la tecnica "think-aloud" (pensare a voce alta), che richiede che i rispondenti verbalizzino ogni pensiero che hanno rispondendo a ciascun item (utilizzata in questa indagine), e la tecnica "verbal probing" (sondaggio verbale).*

a 1 = non rilevante, 2 = in qualche modo rilevante, 3 = abbastanza rilevante, 4 = altamente rilevante

il campione è stato ripartito in diversi gruppi, in base ad alcune caratteristiche (DAD operante a tempo pieno o parziale, presenza/assenza di Tutor della Didattica Professionale, aree geografiche di appartenenza). Ripoteremo qui, per problemi di spazio, solo i confronti di maggior interesse. Viste le ridotte dimensioni del campione, si è adottato il test esatto di Fisher ($\alpha = 0,05$). Per le variabili discrete è stato invece utilizzato il *Test della somma dei ranghi di Mann-Whitney*.

Risultati

Dei 33 questionari inviati ne sono stati raccolti 24 (73%) relativi a 21 dei 27 Atenei coinvolti (78%). Uno è risultato incompleto, per cui l'analisi dei dati è stata condotta su 23 questionari. In due sedi sono attivi, rispettivamente, solo il II anno di corso e il II e III anno.

Ha risposto l'83% delle sedi collocate in regioni del Nord (10 su 12) e Centro (10 su 12) e il 33% delle sedi nel Sud e Isole (3 su 9). L'indagine ha riguardato nel complesso il percorso di tirocinio di 1205 studenti.

Dai dati raccolti sull'organizzazione del CdL, emerge che in 15 sedi su 23 (65%) il DAD è dedicato alla funzione a tempo parziale, a fronte del 35% incaricato a tempo pieno.

Il tempo dedicato dal DAD a tempo parziale alla funzione risulta molto variabile: da un minimo di 2 h settimanali ad un massimo di 29, con una media di 14 h settimanali dedicate; il 47% ha un incarico pari o inferiore a 10 h settimanali, l'80% pari o inferiore a 20 h.

I Tutor della Didattica Professionale risultano presenti in 5 delle 15 sedi in cui il DAD è a tempo parziale e, complessivamente, in 9 sedi su 23 (39%). Il loro numero varia da 1 a 15 e nel 66,7% delle sedi è pari o inferiore a 3. Il dato non risulta correlato al numero di iscritti delle sedi considerate.

Circa le caratteristiche delle sedi di tirocinio, il Dipartimento di Prevenzione risulta la principale sede ospitante per tutti gli anni di corso e in tutte le aree geografiche, ma emerge una prevalenza più elevata del coinvolgimento di Studi professionali e Aziende private, in particolare per il II e III anno e già dal I anno nelle

sedi del Sud e delle Isole. I criteri di selezione (per qualità e prestazioni) delle sedi di tirocinio sono riferiti per il 91% alla "presenza di opportunità di apprendimento rilevanti e coerenti con gli obiettivi formativi e le esigenze dello studente" e per l'83% (19 sedi su 23) alla "presenza di professionisti motivati all'insegnamento e alla supervisione dei tirocinanti".

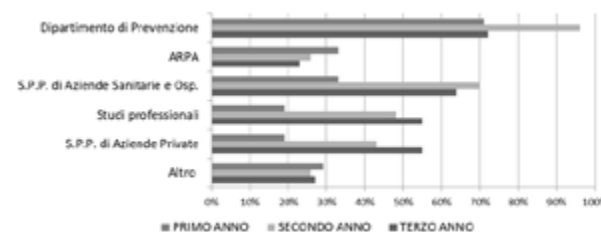


Figura 1 - Sedi in cui vengono svolte le esperienze dirette sul campo del tirocinio nei tre anni di corso. A.A. 2016/17

Nelle sedi di tirocinio, gli ambiti di competenza professionale affrontati sono riferiti in prevalenza all'igiene e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro in tutti gli anni di corso; la protezione ambientale risulta, invece, la tematica meno considerata.

Undici DAD su 23 (48%) dichiarano che in tutte le sedi ospitanti è individuato il Tutor di sede per il coordinamento e supporto ai colleghi e spesso non risulta distinzione, nell'ambito delle figure tutoriali, tra Tutor e Guida (o Assistente) di tirocinio. Infine, per l'accesso al ruolo tutoriale, il criterio dell'appartenenza al profilo professionale per i Tutor viene richiamato nel 18% delle risposte, e per le Guide di tirocinio nel 29%.

Il monitoraggio della qualità dell'offerta formativa professionalizzante è attuato dall'87% delle sedi formative, per il 50% con l'utilizzo di questionari; mentre la valutazione dell'ambiente di apprendimento è prevista nel 74% delle sedi, in prevalenza tramite somministrazione di questionari (76%).

Analizzando la distribuzione delle ore dedicate alle attività di tirocinio (valore medio), appare evidente una numerosità più elevata nel corso dei tre anni nel Nord e nel Centro, mentre nel Sud e nelle Isole il trend risulta

Tabella 1 – Sedi con Direttore delle Attività Didattiche a tempo pieno o parziale in cui è stata effettuata l'individuazione del Tutor della Didattica Professionale

	SU 23 SEDI		CON TUTOR		SENZA TUTOR	
	N. assoluto	Percentuale	N. assoluto	Percentuale	N. assoluto	Percentuale
DAD A TEMPO PIENO	8	35%	4	50%	4	50%
DAD A TEMPO PARZIALE	15	65%	5	33%	10	67%

meno marcato, con un appiattimento dei valori nel II e III anno.

Dal confronto tra aree geografiche sull'organizzazione delle attività, nello specifico sulla ripartizione delle ore tra attività propedeutica (attività d'aula, seminari, laboratori, esercitazioni ecc.) e attività sul campo (affiancamento dello studente ad un professionista esperto), la percentuale di ore dedicate ad attività propedeutiche risulta pari al 34% nel I anno (valore che si attesta al 42% nel Nord), 13% nel II anno e 14% nel III.

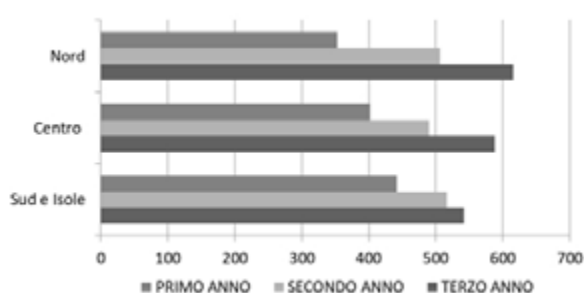


Figura 2 – Numero medio di ore di tirocinio per anno e area geografica. A.A. 2016/17

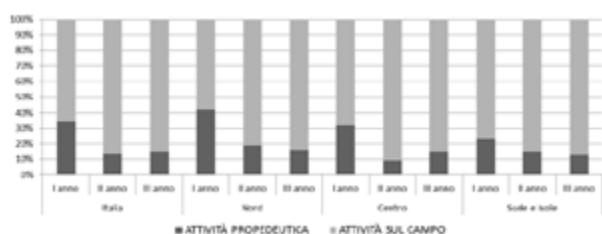


Figura 3 – Ripartizione in percentuale del numero medio di ore di tirocinio dedicato ad attività propedeutiche e ad attività sul campo per anno e area geografica. A.A. 2016/17

Esaminando ciascuna sede di tirocinio emergono alcune differenze rilevanti: nel corso del I anno in 4 sedi su 21 (19%) tutte le ore di tirocinio sono dedicate ad attività propedeutiche e in 2 sedi (10%) l'intero monte ore è dedicato all'esperienza sul campo; il ricorso esclusivo ad esperienze sul campo è presente in 6 sedi su 23 (26%) nel II anno e in 4 su 22 (18%) nel III.

Le attività propedeutiche rilevate sono per lo più attività d'aula, che solo nel corso del III anno risultano indicate in percentuale minore rispetto a laboratori, esercitazioni e simulazioni.

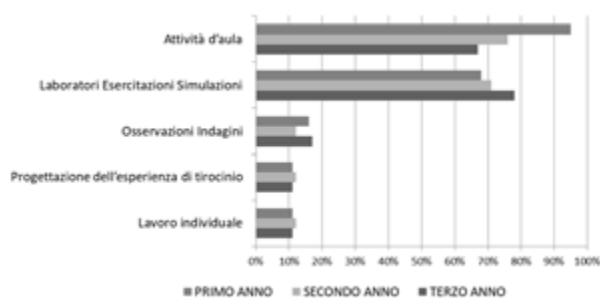


Figura 4 – Tipologia di attività propedeutica svolta nei tre anni di corso. A.A. 2016/17

Nell'ambito della progettazione del percorso, gli obiettivi formativi risultano standardizzati dal CdL in 19 sedi su 23 (83%), ma per 8 di queste è stata evidenziata la possibilità di procedere comunque a una individuazione, sulla base delle esigenze dello studente. La verifica del loro raggiungimento e dell'apprendimento sviluppato sul campo è effettuata prevalentemente tramite colloquio orale con il tutor (78%) e attraverso la discussione di casi (74%).

I report scritti rappresentano la modalità più diffusa di documentazione del percorso (18 sedi su 23; 78%).

I contratti formativi, i portfolio e i diari di bordo (strumenti che facilitano l'apprendimento dall'esperienza e la

Tabella 2 - Strumenti di documentazione del percorso di tirocinio. A.A. 2016/17 (possibili più risposte)

STRUMENTO	SU 23 SEDI	
	N. assoluto	Percentuale
Report scritti	18	78%
Contratti formativi	10	43%
Piano di apprendimento	7	30%
Dossier	5	22%
Portfolio	4	17%
Altro	2	9%

riflessività, e che non possono prescindere da processi quali l'autovalutazione, l'analisi dei bisogni, i feedback costanti e la valutazione formativa) sono indicati rispettivamente da 10 sedi (43%), 4 sedi (17%), 1 sede.

L'autovalutazione risulta adottata sistematicamente solo in 5 sedi su 23 (22%) e praticata in modo saltuario in 7 (30%). Non è prevista nelle restanti 11 sedi (48%). Cinque dei 10 DAD che hanno indicato il contratto formativo come strumento di documentazione del percorso hanno dichiarato che non è prevista l'autovalutazione da parte dello studente.

L'analisi dei bisogni di apprendimento è prevista in 22 sedi su 23, individualmente (35%) o di gruppo (61%).

Momenti intermedi di riflessione e di feedback tra studenti e tutor sono indicati come presenti in modo sistematico da 15 DAD su 23 (65%) e in modo saltuario da 6 (26%).

La valutazione formativa, mirata a seguire lo studente in tutte le fasi dell'apprendimento e a predisporre, se necessario, interventi di rinforzo, risulta attuata in modo sistematico in 8 sedi su 23 (35%) e in modo saltuario da un ulteriore 35%. In sette sedi (30%) non è prevista questa tipologia di valutazione.

La valutazione certificativa, che alla fine di ogni anno di corso, documenta con un voto il livello di competenza raggiunto dallo studente, è attuata, prevalentemente, attraverso il colloquio orale (dall'86% al 91%) e la relazione scritta delle attività di tirocinio (dal 52% al 74%).

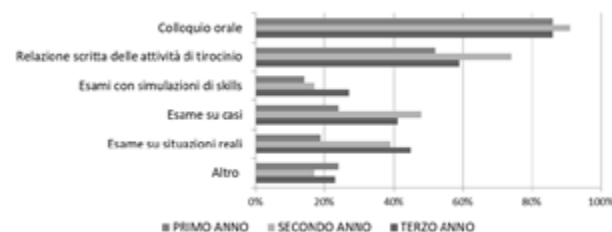


Figura 5 - Modalità di effettuazione della valutazione certificativa. A.A. 2016/17

Le motivazioni della valutazione sono condivise con lo studente in modo sistematico in 18 sedi su 23 (78%); mentre in 5 sedi (22%) il confronto avviene in modo saltuario.

Tabella 3 – Presenza di processi di autovalutazione, feedback e valutazione formativa. A.A. 2016/17

	SI		NO		SALTUARIAMENTE	
	N. assoluto	Percentuale	N. assoluto	Percentuale	N. assoluto	Percentuale
AUTOVALUTAZIONE	5	22%	11	48%	7	30%
FEEDBACK	15	65%	2	9%	6	26%
VALUTAZIONE FORMATIVA	8	35%	7	30%	8	35%

Discussione

Le principali caratteristiche del tirocinio professionalizzante nel CdL per TPALL che l'indagine ha messo in luce sono relative ad aspetti di tipo organizzativo, legati alla ridotta presenza di DAD impegnati a tempo pieno^c e alla limitata individuazione di Tutor della Didattica Professionale dedicati, aspetto che diventa ancora più rilevante se messo in relazione alla complessità delle realtà con cui la sede formativa si deve interfacciare e in cui il settore privato emerge come un importante interlocutore per le attività di tirocinio.

^c Il dato è in contrasto con quanto emerso dall'indagine nazionale promossa nel 2016 dalla CPCLPS "Evoluzione della funzione di coordinamento delle attività formative professionalizzanti dei Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie. Indagine nazionale" che ha coinvolto 229 Direttori/Coordinatori di CdL delle Professioni Sanitarie di cui il 66% è risultato impegnato a tempo pieno. (Bielli S., Canzan F., Mastrillo A., Berti S., Ambrosi E., Saiani L. (2016). *Medicina e Chirurgia*, 72: 3263-3268)

In relazione alla progettazione delle attività di tirocinio sono state evidenziate incoerenze tra gli strumenti indicati per documentare il tirocinio e le pratiche necessarie per il loro utilizzo (es. autovalutazione) e differenze, tra le varie sedi, nella strutturazione delle attività (n. di ore, ripartizione delle attività) a fronte della comune necessità di orientare maggiormente l'attività propedeutica a esperienze che vedano il coinvolgimento attivo degli studenti. Al termine del percorso emerge poi il ricorso, nella valutazione, a modalità orientate soprattutto alla valutazione di conoscenze, non sempre adeguate alla valutazione di competenze relazionali e skills pratiche.

Limiti Della Ricerca

Durante l'indagine sono emerse alcune criticità che hanno posto dei limiti alla ricerca e che si ritiene utile registrare al fine di ottimizzare future esperienze:

- *linguaggio utilizzato nel questionario*: nonostante la

preventiva predisposizione di un Glossario (in Appendice), integrato nel questionario on line, l'interpretazione dei termini non è stata univoca, in particolare nella definizione dei diversi ruoli dell'organizzazione attinenti all'attività professionalizzante;

- *strumento utilizzato*: non sempre è risultato capace di "fotografare" la complessità della realtà indagata;
- *modalità di somministrazione*: legata all'utilizzo di un questionario auto-compilato;

Conclusioni

Il quadro di insieme ci mostra una realtà piuttosto disomogenea da cui è possibile ricavare indicazioni per prossimi interventi:

- *Implementazione del sistema tutoriale dei CdL per TPALL* attraverso la rivalutazione e il sostegno alle figure del DAD, del Tutor della Didattica Professionale e, in generale, del sistema di tutorato professionale che accompagna gli studenti nell'esperienza di tirocinio. L'urgenza di richiedere per queste figure una formazione specifica sulle strategie tutoriali e l'appartenenza allo specifico profilo professionale è resa ancora maggior dall'emergere nel panorama dei percorsi di tirocini del settore privato.
- *Predisposizione di strumenti di progettazione e valutazione condivisi*. L'implementazione delle attività propeedeutiche finalizzate alla sperimentazione di specifiche competenze in ambiente protetto e le conseguenti attività sul campo necessitano di una progettazione centrata sullo studente, utilizzando strumenti come i contratti di apprendimento e i portfolios. La possibilità di costruire, attraverso il confronto, uno strumento condiviso rappresenta un modo per dare visibilità alle tante esperienze vissute nel campo dell'apprendimento e nello sviluppo di particolari abilità, partendo dall'individuazione di una comune "rubrica" di standard, competenze attese e relativi indicatori.
- *Predisposizione di strumenti di valutazione degli ambienti di apprendimento*. Gli ambienti in cui queste esperienze hanno luogo dovrebbero offrire l'opportunità di sperimentare ciò che è stato appreso nella teoria, modelli con cui confrontarsi e buoni standard professionali. Recentemente è stato sviluppato e validato lo Strumento di Valutazione Italiano dell'Apprendimento in Tirocinio (SVIAT), già in uso presso i CdL di altre Professioni Sanitarie. L'"adattamento" di questo strumento al profilo del TPALL potrebbe rappresentare un'ulteriore possibilità di confronto e riflessione sull'esperienza di tirocinio in questo CdL, tanto più importante in un orizzonte che vede emergere interlocutori eterogenei e in cui diventa urgente individuare e rispondere ai bisogni formativi di Tutor e Guide (facilitatori dell'apprendimento e supporto nella

valorizzazione dell'esperienza).

- La *Costruzione di reti istituzionali* tra sede formativa e strutture ospitanti sul territorio è una strada privilegiata per l'integrazione, anche attraverso un coinvolgimento degli stakeholders nei processi di valutazione dell'offerta formativa che consenta di promuovere processi di miglioramento continuo.

Il lavoro svolto non è esaustivo rispetto all'oggetto dell'indagine: molti sono gli aspetti meritevoli di approfondimenti, anche in relazione allo sviluppo di competenze trasversali nel percorso del TPALL. Questa indagine, i dati raccolti, la loro elaborazione e gli spunti di riflessione scaturiti dalle analisi possono tuttavia rappresentare un contributo fornito alla Commissione e ai professionisti impegnati a vario titolo nei percorsi formativi dei TPALL da cui orientare strategie comuni, implementare la formazione delle figure tutoriali e arricchire l'offerta formativa.

Bibliografia

- Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, Settembre 2010. Principi e standard del tirocinio professionale nei corsi di laurea delle professioni sanitarie. <http://cplps.altervista.org/blog/wp-content/uploads/2011/06/Cons-Conf-Tirocinio-10-settembre.pdf> (ultima visita 24 giugno 2018).
- Artino A.R. Jr, La Rochelle J.S., Dezee K.J., Gehlbach H. (2014). Developing questionnaires for educational research: AMEE Guide No. 87. *Medical Teacher*, 36(6), 463-474.
- Lynn M.R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, 382-385.
- Polit D.F., Beck C.T., Owen S.V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. *Research in Nursing & Health*. 30, 459-467.
- Polit D.F., Beck C.T. (2006). The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Research in Nursing & Health*. 29, 489-497.
- Davis L.L. (1992). Instrument review: Getting the most from your panel of experts. *Applied Nursing Research*. 5, 194-197.
- Waltz C.F., Strickland O.L. & Lenz, E.R. (2005). *Measurement in nursing and health research* (3rd ed.) Springer Publishing Co. New York
- Mantovani S. (a cura di). (1998). *La ricerca sul campo in educazione. I metodi qualitativi*. Bruno Mondadori, Milano.
- Glantz S.A. (2003). *Statistica per discipline biomediche*, McGraw-Hill, New York.
- Palese A., Grassetto L., Mansutti I., Destrebecq A., Terzoni S., Altini P., et al. (2017). Lo strumento italiano di misurazione della qualità dell'apprendimento clinico degli studenti infermieri. [The Italian instrument evaluating the nursing students clinical learning quality]. *ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RICERCA*, 36(1), 41-50.

GLOSSARIO

Direttore delle attività didattiche*	<p>Figura responsabile di assicurare l'integrazione tra gli insegnamenti teorici e il tirocinio, favorire la conformità degli insegnamenti professionali agli standard di competenza definiti e dirigere i tutor professionali. E' nominato dal Consiglio di corso fra i docenti appartenenti allo specifico profilo professionale; deve essere in possesso della Laurea Specialistica/Magistrale</p> <p>Questa figura può assumere diverse denominazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Direttore didattico, Direttore delle attività formative, della didattica professionale, delle attività formative pratiche e di tirocinio; - Coordinatore della didattica professionale, del corso di laurea, delle attività formative professionalizzanti, didattico, tecnico-pratico, delle attività formative aziendali; - Responsabile dell'attività didattica professionalizzante e di tirocinio o delle attività formative
Tutor della didattica professionale*	<p>Professionista assegnato alla sede formativa con competenze avanzate sia in ambito pedagogico che nello specifico ambito professionale.</p> <p>Collabora con il Direttore delle attività didattiche all'organizzazione e gestione dei tirocini, nella progettazione e conduzione di laboratori di formazione professionale e crea le condizioni per la realizzazione di tirocini di qualità.</p> <p>E' responsabile dell'apprendimento dall'esperienza e facilita i processi di apprendimento attraverso sessioni tutoriali. Seleziona le opportunità formative, integra l'esperienza pratica con la teoria appresa, presidia in particolare le prime fasi di apprendimento di un intervento o di una competenza. Si occupa dell'apprendimento degli studenti in difficoltà, facilitano i processi di valutazione in tirocinio e tengono i rapporti con i tutor dei servizi.</p>
Tutor clinico*	<p>All'interno del servizio sede di tirocinio, può essere individuato, tra le guide, un collega che assume un ruolo di maggior coordinamento dei tirocinanti in quel servizio, si interfaccia con la sede formativa, cura gli accordi, aiuta i colleghi a selezionare le opportunità di apprendimento in coerenza con gli obiettivi e il piano di tirocinio condiviso con lo studente. Offre supporto ai colleghi che affiancano gli studenti sia durante il percorso che nella fase della valutazione. Viene anche denominato Tutor di Sede</p>
Tutor/Guida di tirocinio*	<p>Professionista, di norma dello stesso profilo professionale, a cui nel servizio sede di tirocinio è affiancato lo studente nello svolgimento delle normali attività lavorative. Rappresenta per lo studente un "modello di ruolo", facilita l'apprendimento delle competenze professionali, è garante della sicurezza dello studente. Viene anche denominato Assistente di tirocinio.</p>
Sede formativa	<p>Coincide con il luogo di apprendimento teorico.</p> <p>Può corrispondere all'Università presso cui è insediato il Corso di Laurea o alla sede distaccata convenzionata con l'Università per la gestione del Corso di Laurea.</p>
Sede di tirocinio	<p>Servizio che accoglie lo studente per un periodo di tempo definito.</p>
Esperienza sul campo	<p>Affiancamento dello studente ad un professionista esperto nello svolgimento delle attività lavorative specifiche al fine di apprendere le competenze previste dal ruolo professionale.</p>
Valutazione formativa **	<p>La valutazione formativa serve per seguire lo studente in tutte le fasi dell'apprendimento e per predisporre interventi di rinforzo adeguati in caso di mancato conseguimento dell'obiettivo.</p> <p>Con la valutazione formativa si controlla, quindi, il processo di apprendimento clinico/professionale.</p> <p>La valutazione formativa durante le esperienze di tirocinio fornisce il feedback agli studenti per incoraggiarli a progredire nello sviluppo delle competenze.</p>
Valutazione certificativa **	<p>La valutazione certificativa (o sommativa) documenta il livello di competenza raggiunta dallo studente, lo sintetizza in un voto e consente di adottare le necessarie decisioni pedagogiche a seguito del successo/insuccesso dello studente. Viene effettuata alla fine del tirocinio di ogni anno di corso</p>
Ambiente di apprendimento	<p>In generale per ambiente di apprendimento si intende il luogo fisico, il contesto e la cultura in cui gli studenti apprendono. Gli ambienti di apprendimento clinico sono definiti come una rete di fattori interagenti nel contesto, in grado di influenzare gli esiti dell'apprendimento degli studenti (Dunn & Burnett, 1995). Include una dimensione affettiva, una dimensione simbolica che si innesta sull'esperienza con significati e concettualizzazioni astratte, una dimensione percettiva centrata sull'osservazione e la valutazione della situazione e una dimensione comportamentale che si focalizza sulle azioni riguardanti la situazione e le loro conseguenze concrete.</p>

**"Principi e standard del tirocinio professionale nei corsi di laurea delle professioni sanitarie" CONFERENZA PERMANENTE DEI CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE – Settembre 2010

***"Documento di indirizzo sulla valutazione dell'apprendimento delle competenze professionali acquisite in tirocinio dagli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie" CONFERENZA PERMANENTE DEI CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE – Novembre 2011

Agenzia Nazionale Valutazione Università e Ricerca - ANVUR

All'inizio del mese di Agosto il MIUR ha emanato il decreto contenente le soglie per l'abilitazione Scientifica Nazionale (ASN): come da noi segnalato quindi nella rubrica del numero precedente, il processo seguirà sostanzialmente il cronoprogramma previsto dal Ministero e consentirà di rispettare le scadenze utili a permettere a tutti i Professori Ordinari che siano in ruolo fino al 31 Ottobre, e che ne abbiano titolo, di partecipare all'estrazione per la carica di Commissario prima della collocazione a riposo.

Le scadenze per la presentazione delle domande per gli aspiranti Professori Ordinari e Professori Associati andrà conseguentemente a termine verso la fine dell'anno.

A questo proposito si precisa anche che ANVUR ha pubblicato il 25 Settembre la lista definitiva e aggiornata delle riviste, sia quelle scientifiche che quelle di fascia A utilizzate per il raggiungimento delle ricordate soglie all'interno delle Aree non bibliometriche.

L'Agenzia ha iniziato, come da norma, dal primo Ottobre la verifica dei requisiti dei docenti che hanno fatto la domanda per commissari.

Si ricorda che nella stessa data il Ministro Bussetti ha anche firmato i decreti relativi all'FFO e ai Costi Standard previo parere di ANVUR per entrambi.

Il 10 di Ottobre terminerà anche il processo di valutazione dei progetti ammessi ad usufruire delle borse di dottorato aggiuntive finanziate nell'ambito del progetto PON. Si ricorda che tali finanziamenti dell'Unione Europea sono destinati esclusivamente agli Atenei del Sud e delle Isole. Un numero cospicuo, sicuramente maggioritario, di queste borse fa proprio riferimento alle Aree CUN 5, 6 e 7. La lista degli esperti valutatori era stata compilata nel Luglio scorso.

Continua nel frattempo il lavoro dell'Osservatorio delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria al cui fianco ha lavorato l'Agenzia nell'elaborazione dell'Indicatore ANVUR di qualificazione scientifica del Collegio dei Docenti delle Scuole stesse.

Il 25 Ottobre l'Osservatorio ha proceduto ad un'audizione del Presidente di ANVUR: si è discusso sulle possibili modifiche che è ragionevole introdurre rispetto all'Indicatore per renderlo più flessibile soprattutto per quei Ricercatori ed Associati che vengano chiamati alla fascia superiore. ANVUR raccomanda, in pieno accordo peraltro con l'Osservatorio, che anche i Ricercatori di tipo B possano entrare a far parte del Collegio di Docenza della Scuole e partecipare così al calcolo dell'Indicatore: su questo aspetto però si pone la necessità di una riscrittura

del relativo Decreto Interministeriale.

Il 18 Luglio a Parigi si è svolto un incontro presso l'HCERES, Agenzia di Valutazione francese delle Università e della Ricerca, per stabilire la fondazione di un Consorzio fra Agenzie Valutatrici Europee, di cui farà parte ANVUR insieme all'Agenzia Spagnola ed Olandese per effettuare la valutazione quinquennale di ECRIN (European Clinical Research Infrastructures Network).

I lavori di valutazione inizieranno con una nuova riunione che si terrà il 22 Ottobre a Madrid.

Prof. Paolo Miccoli
Presidente ANVUR

Consiglio Universitario Nazionale

Nell'adunanza precedente la pausa estiva il CUN ha espresso il proprio parere sulla proposta ANVUR concernente l'aggiornamento dei valori soglia degli indicatori ASN.

Esaminato il documento di accompagnamento alle tabelle contenenti i nuovi valori soglia per l'ASN elaborato dall'ANVUR, il CUN premette di ritenere comunque prioritario che si assicurino continuità e stabilità alle procedure di abilitazione, e ribadisce di non condividere la procedura adottata da ANVUR che conferma di fatto la logica delle "mediane" dell'ASN 2012-13, in contrasto con lo spirito della legge 240/2010 (come modificata dal decreto-legge n. 90/2014).

Il Consiglio esprime comunque apprezzamento per gli interventi migliorativi che l'ANVUR ha apportato alla procedura – alcuni dei quali erano stati peraltro suggeriti dal CUN nel parere del 26 luglio 2016 – e formula osservazioni su aspetti sia generali che particolari, riferiti rispettivamente alle aree bibliometriche e alle aree non-bibliometriche.

Il CUN ha espresso parere favorevole, con osservazioni, sullo schema di decreto recante i criteri per il riparto del FFO delle Università per l'anno 2018, sottolineando come lo schema rifletta, con minime variazioni, la struttura dei decreti relativi ai FFO dell'ultimo triennio (25/7/2018 www.cun.it).

Nella seduta del 4 settembre, il CUN ha incontrato esponenti di Confindustria – Giovanni Brugnoli (Vice Presidente per il Capitale Umano), Pierangelo Albini (Direttore area lavoro, welfare e capitale umano) e Riccardo Di Stefano (Vice Presidente dei giovani imprenditori) – per discutere il tema della formazione professionalizzante (iniziative già adottate, in via sperimentale e in fase di progettazione).

Conclude le consultazioni dei soggetti interessati, il

CUN ha esaminato e discusso le prime proposte formulate dagli otto gruppi di lavoro designati al fine di elaborare le proposte istitutive delle nuove classi di Laurea Magistrale e di stabilire su quali classi già esistenti effettuare una manutenzione.

Il 6 novembre il CUN sarà convocato, in seduta pubblica, presso l'Ateneo di Torino.

Nel corso della sessione sarà presentato lo stato di avanzamento delle proposte fino ad allora elaborate dal CUN per la costituzione di nuove classi di laurea e gli interventi di manutenzione delle classi esistenti, al fine di realizzare un adeguamento dell'offerta formativa del sistema universitario italiano coerente con le esigenze dei contesti culturali, sociali ed economici.

Il 26 settembre il Viceministro On.le Lorenzo Fioramonti ha incontrato il Consiglio ed ha espresso l'impegno a incrementare le risorse per l'Università e la Ricerca.

Prof. Manuela Di Franco

Consigliere CUN Area 06, Segr. Generale

Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie

News dalla Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie

Si apre un nuovo triennio: breve report delle elezioni

Durante il Meeting Annuale presso l'Università di Bologna che affrontava quest'anno 'Lo sviluppo scientifico e specialistico delle professioni sanitarie' alla presenza di oltre 300 partecipanti, si sono tenute il 28 e il 29 set-

tembre scorso le elezioni delle cariche delle 26 Commissioni Nazionali di cui si compone la Conferenza. Ciascuna Commissione, dopo essersi riunita ed aver discusso le attività svolte nell'ultimo quadriennio, ha raccolto le candidature e quindi provveduto alle elezioni dei membri in rappresentanza dei Docenti Universitari che svolgono funzioni di Presidente/Coordinatore dei Corsi di Studio; dei Docenti delle Discipline Professionalizzanti con funzioni di Direttore/Responsabile delle Attività Formative Professionalizzanti, nonché dei Docenti dei SSD di riferimento. Quindi, sono state elette le cariche di ciascuna Commissione sintetizzate nella tabella 1.

La Professoressa Luisa Saiani dell'Università di Verona è stata confermata all'unanimità Presidente della Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie e sarà affiancata dalla Prof.ssa Alvisa Palese dell'Università di Udine nel ruolo di Segretario Generale e dal Dott. Angelo Mastrillo dell'Università di Bologna nel ruolo di Segretario.

La carica di Vice-Presidente Vicario e di ulteriori Delegati/Referenti saranno individuati nella prima riunione della Giunta che si terrà a breve ed in cui verrà discusso anche il piano degli impegni.

Nell'Assemblea conclusiva che ha tracciato alcune priorità di lavoro, è stato espresso un caloroso augurio ai neo-eletti affinché sia un triennio di successo; è stato espresso un altrettanto caloroso ringraziamento a tutti i componenti delle Commissioni Nazionali uscenti per la dedizione con cui hanno sostenuto le diverse iniziative e promosso lo sviluppo della qualità dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie.

Alvisa Palese

Segretario Generale della Conferenza Permanente



Tabella 1. Risultati delle elezioni delle Commissioni Nazionali: sintesi delle cariche

Commissione Nazionale	Presidente		Vice Presidente		Docenti	
Assistenza sanitaria	Contu Paolo	CA	Russo Carmela	PD		
Dietistica	Pironi Loris	BO	Ficco Vincenza	BA		
Educazione professionale	Bressi Cinzia	MI	Sacchetti Clea	BO		
Fisioterapia	Pillastrini Paolo	BO	Calabrese M. Concetta	SA	Gatti Roberto Pelosin Elisa	MI Hum GE
Igiene dentale	Giuca Maria Rita	PI	Rossini Michela	VA	Casula Ignazia	BS
Infermieristica	Destrebecq Anne	MI	Massariello Patrizia	TO	Saiani Luisa Palese Alvisa	VR UD
Infermieristica pediatrica	Marchisio Paola	MI	Bonino Marisa	NO		
Logopedia	Schindler Antonio	MI	Genovese Valentina	BO		
Ortottica	Dickmann Anna	RMC	Rebecchi Maria Teresa	RMC		
Ostetricia	Lanzone Antonio	RMC	Del Bo Elsa	PV	Guana Miriam	BS
Podologia	Cavallini Marco	RMS	Marseglia Arcangelo	CZ		
Tecniche Audioprotesiche	Conti Guido	RMC	Lucci Emanuele	RMC		
Tecniche Laboratorio biomedico	Petrozza Vincenzo	RMS	Galai Tiziana	UD		
Tecniche Neurofisiopatologia	Priori Alberto	MI	Di Gioia Battista	RMTV		
Tecniche Fisiopatologia cardiocircolatoria	Agrifoglio Marco	MI	Rossi Fabiana	MI		
Tecniche Ortopediche	Parrini Maria Matteo	MI	Guidi Silvia	FI		
Tecniche Prevenzione luoghi di lavoro	Romanò Luisa	MI	Versetti Alessandro	BS		
Tecniche Radiologia medica	Cappabianca Salvatore	NA2	Da Dalt Stefano	UD		
Tecniche Riabilitazione Psichiatrica	Roncone Rita	AQ	Parigi Debora	GE	Pingani Luca	MO
Terapia Neuropsico- motricità età evolutiva	Valente Donatella	RMS	Broggi Fiorenza	MIB		
Terapia Occupazionale	Landi Francesco	RMC	Spalek Renata	RMC		
Magistrale I Infermieristica e Ostetrica	Lancia Loreto	AQ	Galletti Caterina	RMC	Nespoli Antonella	MIB
Magistrale II Riabilitazione	Padua Luca	RMC	Furri Laura	VR	Bernardelli Giuseppina	MI
Magistrale III Tecnico sanitaria diagnostica	Giganti Melchiorre	FE	Abrardi Marco Tullio	TO		
Magistrale III Tecnico sanitaria assistenziale	Macchia Paolo Emidio	NA	Rivieccio Anna Maria	NA		
Magistrale IV Prevenzione			Rea Teresa	NA		

Segretariato Italiano Studenti in Medicina - SISM

Il SISM e la Social Accountability

Il SISM è membro ufficiale della IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations). La Federazione, nata nel 1951, rappresenta, connette, impegna e ispira ogni giorno oltre 1,3 milioni di studenti in 127 nazioni. Essa si riunisce due volte l'anno nella sua "General Assembly".

Ad agosto, a Montreal, si è tenuta la 68esima General Assembly durante la quale circa mille giovani studenti di medicina provenienti da oltre cento nazioni si sono riuniti. In tale contesto essi hanno potuto incontrarsi e creare una strategica rete internazionale, riconoscendosi nelle similitudini delle loro realtà, ma anche arricchendosi delle diversità che il multiculturalismo di un evento del genere può offrire. Il tutto formandosi e confrontandosi su tematiche chiave di Medical Education, Salute Pubblica, Salute Riproduttiva, Salute Globale e sviluppando quei talenti trasversali così utili e così trascurati che rispondono al nome di Soft Skills.

Durante l'evento insieme a diversi ospiti, abbiamo potuto riflettere sulla Social Accountability (SA) e le sfide ad essa associate (il cambiamento climatico, l'AMR, le medicina delle migrazioni...).

L'OMS definisce la SA delle Facoltà di Medicina come "l'obbligo che esse hanno nell'orientare l'educazione, la ricerca e le attività di servizio nei confronti delle priorità di salute che riguardano la comunità, la

regione e/o la nazione che esse hanno il mandato di servire. Priorità che sono identificate insieme ai governanti, alle organizzazioni di salute, ai professionisti della salute e alla popolazione." (WHO 1995).

La SA ha come dimensioni la Qualità (in grado di soddisfare sia le aspettative professionali che quelle della comunità), l'Equità (l'opportunità per tutti di accedere ai servizi), la Rilevanza (i problemi più importanti localmente sono affrontati prima), le Partnership (il tener conto di tutti gli stakeholders) e l'Efficienza (miglior impatto sulla salute al minor costo possibile).

Tali indicatori dovrebbero essere presi in considerazione insieme ai descrittori di Dublino quando si programmano e si aggiornano dei corsi universitari per garantire agli studenti, futuri medici, quelle conoscenze, abilità e competenze relazionali che permettano loro di avere un impatto positivo sulla salute delle persone della loro comunità.

Il SISM nell'organizzare le sue attività cerca di ispirarsi a tali principi perché crede fortemente che "L'insegnamento della medicina non esiste per dare agli studenti un modo per vivere, ma per assicurare la salute alla comunità." (Rudolf Virchow, fondatore della medicina sociale).

L'IFMSA ha messo a disposizione un'agile guida sulla Social Accountability comprensiva di un utile e rapido "assessment tool" consultabile visitando "<https://ifmsa.org/social-accountability>"

Giuseppe Agresti

*Liaison Officer on Medical Education issues 2018
SISM - Segretariato Italiano Studenti in Medicina*

