



MEDICINA E CHIRURGIA

Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

MEDICINA E CHIRURGIA

Quaderni delle Conferenze Permanenti
delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

Comitato Editoriale

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

Direttore Editoriale, Luigi Frati

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

Amministrazione e stampa, Errebi Falconara

Segretaria di Redazione, Daniela Pianosi

Direttore Responsabile, Giovanni Danieli

Sommario

885 *Presentazione*, Luigi Frati e Giovanni Danieli

CLS MEDICINA E CHIRURGIA

886 Nota introduttiva al progetto di *site visit* fra pari per la valutazione della qualità nei CLS,
Andrea Lenzi, Pietro Gallo e Sabrina Luccarini

889 Valutazione obiettiva e strutturata della competenza clinica (OSCE), *Giovanni Danieli,
Eduardo Landi e Luciano Vettore*

893 Indagine sull'*e-learning* nei CLS in Medicina e Chirurgia, *Andrea Lenzi, Fabio Capani, Gian
Battista Azzena, Huon Snelgrove, Sabrina Luccarini*

898 Il tirocinio valutativo, parte integrante del nuovo Esame di Stato, *Alfred Tenore*

904 Esame di Stato, riflessioni e proposte, *Paola Binetti*

CLASSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE

907 La mobilità internazionale nell'ambito della didattica dei Corsi di laurea delle Professioni sani-
tarie, *Rita Roncone*

910 La valutazione del tirocinio nel Corso di laurea in Infermieristica dell'Università di Milano,
Anne Destrebecq, Marta Nucchi, Fabrizio Vezzoli e Antonio Pagano

SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

914 La formazione medica specialistica in Italia, il punto di vista degli Specializzandi, *Lorenzo
Dagna, Luca Iorio e Michele Russo*



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

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

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

Finito di stampare
il 30 Marzo 2004
per i tipi della Litografia Errebi
di Falconara - Ancona

Presentazione

Luigi Frati e Giovanni Danieli

A partire dal prossimo anno accademico, i corsi di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia dovrebbero ricevere una *site visit* da parte di una Commissione per la valutazione. La Commissione incontrerà i Presidi, il Personale docente, quello tecnico amministrativo e gli Studenti del corso di laurea, osserverà le realizzazioni compiute, discuterà i problemi insoliti, sottoporrà un questionario di autovalutazione e redigerà, al termine della visita, due relazioni, la prima per il Presidente del CLS, contenente le criticità rilevate, la seconda, pubblica, per porre in evidenza e diffondere la conoscenza delle innovazioni più significative riscontrate. La proposta, che sarà sottoposta all'approvazione dei Presidi, è di Andrea Lenzi ed è riportata nel primo articolo di questo numero.

Sempre nell'ambito della valutazione, questa volta degli Studenti e non dell'efficienza didattica, l'articolo di Danieli, Landi e Vettore riporta un'esperienza della sede di Ancona sul modello OSCE impiegato nella valutazione della competenza clinica acquisita da parte degli Studenti del sesto anno, la preparazione negli anni 1-5 essendo valutata dal "successo" curriculare nell'anno successivo; la valutazione effettuata sperimentalmente nello scorso febbraio ha suscitato interesse ed entusiasmo nei Tutori che l'hanno preparata ed il pieno consenso degli Studenti valutati; dovrebbe essere estesamente applicata, perché la verifica di determinate abilità impone ovviamente allo Studente la preparazione delle stesse.

Ancora in tema di valutazione, alcuni Docenti del Corso di laurea in Infermieristica di Milano, coordinati da Antonio Pagano, presentano i risultati di un'esperienza condotta in questa sede, che ha portato alla messa a punto di un sistema valutativo del tirocinio, condiviso ed omogeneo, dell'intero corso di laurea.

L'e-learning si propone ora non solo come formazione a distanza, ma anche quale strumento per migliorare la didattica tradizionale, utilizzando le nuove tecnologie. Andrea Lenzi, con il suo gruppo di lavoro, si è dedicato al tema e presenta in questo numero lo stato della formazione a distanza nei CLS in Medicina e Chirurgia nel nostro Paese; successivamente, anche in collaborazione con Maurizio Chiaranda e Vincenzo Costantino, coordinatori di un analogo progetto per le classi di laurea delle professioni sanitarie, presenterà alle Facoltà una proposta per la sperimentazione di tale forma di insegnamento.

Due parti dei Quaderni sono riservate, e non poteva essere altrimenti vista l'attualità, al prossimo esame di stato; gli scritti sono di Alfred Tenore e di Paola Binetti che, con i loro gruppi di studio, molto hanno contribuito, sotto la guida di Almerico Novarini, a coordinare il lavoro delle facoltà per la preparazione delle domande a scelta multipla e per la valutazione dell'esame di stato. Si parte quindi con il prossimo aprile, con la convinzione che questo evento, con le correzioni dettate dall'esperienza, potrà incidere positivamente sul processo formativo.

E' tempo anche di incentivare la mobilità europea tra gli Studenti dei corsi di laurea delle Professioni sanitarie, per il ritorno positivo che lo scambio internazionale può avere non solo nella formazione umana e professionale, ma anche nell'acquisizione di un sentire comune continentale, che aiuti a costruire l'Europa della conoscenza.

Rita Roncone ricorda i principi su cui si basa il progetto Socrates-Erasmus, i problemi ancora oggi esistenti e le vie per un'agevole fruizione dello stesso da parte degli Studenti delle professioni sanitarie.

Infine, nella sezione dedicata alle scuole di Specializzazione, tre esponenti delle organizzazioni dei Medici specializzandi richiamano fortemente l'attenzione sulla mancata applicazione della direttiva 82/76 della Comunità Europea e del DL 257/91, relativi alle tipologie e alla durata delle scuole, e chiedono con molto vigore un incontro tra le Istituzioni responsabili per realizzare una seria riforma strutturale della formazione medica specialistica nel nostro paese.



Nota introduttiva al progetto di *site visit* fra pari per la valutazione della qualità nei CLS

Andrea Lenzi, Pietro Gallo e Sabrina Luccarini (Roma)

Premessa

Il lungo processo europeo di autonomia e di sviluppo universitario, iniziato fin dagli Anni Ottanta, sta diventando, grazie allo sforzo degli ultimi anni, una concreta realtà. Con la sottoscrizione della Dichiarazione della Sorbona (1998) insieme a Francia, Gran Bretagna e Germania e con l'adesione insieme ad altri 29 stati europei alla Dichiarazione di Bologna (1999), l'Italia si è impegnata nella realizzazione di un'Area universitaria europea. In quest'Area sono previsti, come punti fondamentali la convergenza dei sistemi universitari europei, un sistema unico per lauree, specializzazioni, dottorati, due cicli unici di laurea, il sistema unico di valutazione dell'apprendimento in crediti, la maggiore facilità nella mobilità sia per gli studenti sia per i docenti ed il fine ultimo di un sistema di alta qualità del sistema universitario europeo.

La cultura della qualità nel sistema universitario

Per garantire il rilancio dell'Università italiana all'interno dell'articolato processo europeo, l'autonomia del sistema universitario è una delle basi fondamentali su cui il Governo, il MIUR ed i singoli Atenei stanno lavorando.

L'autonomia universitaria in Italia, già presente nella nostra Costituzione (art. 33, c. 6), fonte di ampi dibattiti sulla sua interpretazione e sui suoi limiti, dopo una lunga e lenta fase di studio sulle possibili applicazioni, ha assunto il suo reale significato con le leggi 68/89, 341/90 e 390/91. Successive Leggi finanziarie hanno previsto l'istituzione del *budget* unico degli Atenei, la deregolamentazione del sistema della contribuzione studentesca (peraltro non completamente sviluppata), il mutamento del sistema di finanziamento per i progetti di ricerca di interesse nazionale, l'istituzione di autorità di controllo centrale e lo sviluppo dei sistemi di controllo interni, i cosiddetti nuclei di valutazione di Ateneo (NVA), l'applicazione delle nuove norme di programmazione dello sviluppo.

La "conquista" da parte del sistema universitario italiano di una propria autonomia didattica, scientifica ed organizzativa amministrativa, di una maggiore libertà di insegnamento e di ricerca (nel rispetto dei principi stabiliti dal già cita-

to art. 33 della nostra Costituzione) comporta un controllo da parte dello Stato che continua ad erogare la quota più consistente dei fondi per il funzionamento degli Atenei. Tale controllo è affidato attualmente per verifiche *ex post* del prodotto, al Comitato Nazionale di Valutazione del Sistema Universitario (CNVSU) ed al Comitato di Indirizzo per la Valutazione della Ricerca (CIVR). È importante quindi garantire rispondenza tra offerta e qualità di servizi erogati; per questo il sistema di valutazione universitaria ha assunto un ruolo fondamentale sia a livello nazionale sia a livello locale.

La cultura della qualità nei CLS in Medicina e Chirurgia

a. *Le site visit come modello di verifica di qualità*

Alla luce dell'importanza che il processo di valutazione del sistema universitario sta assumendo, la Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia ha promosso un progetto di studio sulla valutazione e l'accreditamento dei propri Corsi di Laurea. Nella riunione tenutasi a Bari il 5 e 6 dicembre scorso, all'interno delle presentazioni del gruppo di studio per la *Valutazione dell'efficacia didattica e criteri di incentivazione*, è stato presentato un programma di Site visit con i seguenti scopi:

- valutazione degli aspetti più innovativi nell'applicazione dell'autonomia didattica nei singoli CLS;
- realizzazione di una maggiore integrazione/omogeneità nelle attività formative dei CLS, tenendo anche in considerazione il riconoscimento professionale del titolo di studio a livello comunitario;
- identificazione di punti di eccellenza da rendere comuni ai CLS.

Queste necessità derivano, appunto, dall'importanza che la cultura della valutazione e della qualità dei CLS ha assunto come modalità con cui si cerca di individuare, indipendentemente dal livello qualitativo raggiunto dal corso di laurea, i suoi punti forti ed i suoi eventuali punti deboli e le relative cause.

Ne consegue che i responsabili dei Corsi dovrebbero usufruire positivamente di indica-

zioni utili per migliorare la qualità dell'attività didattica nel suo complesso anche al fine di garantire a tutte le parti interessate la sua affidabilità nel tempo.

Tale cultura deriva da quella più generale di incremento continuo della qualità del sistema universitario, considerando, con tale accezione, il meglio delle esperienze non solo universitarie ma anche di altre realtà nazionali ed internazionali, utili a realizzare gli obiettivi di cui abbiamo in apertura parlato, per i quali le Università si stanno battendo: autonomia, responsabilità soggetta a verifica *ex-post* del prodotto.

In particolare per l'importanza che i singoli CLS hanno assunto all'interno degli Atenei, è indispensabile stabilire un sistema di confronto fra CLS per garantire un'omogeneità di obiettivi formativi, di metodologia da utilizzare durante il processo di formazione, di "prodotto finale" al fine di sottoporre questo insieme di procedure ad una verifica e revisione di qualità (VRQ del sistema) fino ad arrivare alla creazione di una sorta di manuale qualità dei singoli CLS.

Per poter garantire questi obiettivi è necessario che i CLS presenti sul territorio nazionale possano avere momenti di scambio di informazioni ed esperienze.

Potrebbe quindi risultare utile avviare un programma sperimentale di *on-site visit*, come avviene in campo scientifico, dove Accademie e Società internazionali prevedono "visite sul posto" per quei centri di studio che vogliono essere accreditati o riconosciuti ufficialmente come *training centre*.

b. Proposta di modalità organizzativa

Questo sistema di *site visit* può essere eseguito dagli stessi Presidenti di CLS (al fine di costituire non un sistema ispettivo ma di confronto fra pari) che, a turno, potrebbero essere invitati presso le sedi dei CLS. Questo potrebbe realizzarsi in una prima fase sperimentale mediante la costituzione di gruppi di lavoro / commissioni sperimentali di accreditamento che prevedano "visite" sul luogo; tali commissioni potrebbero quindi essere costituite dai Presidenti di CLS che, data l'esperienza, per un periodo definito di tempo sarebbero delegati nel ruolo di "supervisori" di CLS.

La stessa Conferenza potrebbe organizzare tali commissioni *ad hoc* composte, ad esempio, da tre Presidenti scelti a turno. Tali commissioni avrebbero il compito di stabilire un calendario di *site visits* durante l'anno accademico, con una adeguata distribuzione geografica in modo da

poter completare il lavoro in un arco di tempo definito.

Il questionario di autovalutazione predisposto dal Gruppo di Studio prima citato può rappresentare un primo indicatore ed una traccia per la Commissione visitatrice.

I Presidenti "visitatori" di turno, proprio per la loro esperienza acquisita nella direzione di Corsi di laurea, potrebbero, durante la permanenza nel CLS prescelto, effettuare una verifica, da un punto di vista sia didattico sia tecnico-amministrativo, per ciò che riguarda:

- 1) conseguimento degli obiettivi formativi dei Corsi;
- 2) valutazione del *core curriculum* ed integrazione interdisciplinare ed interprofessionale;
- 3) valutazione didattica mediante partecipazione a lezioni *ex-cathedra*;
- 4) impegno didattico-pedagogico dei docenti;
- 5) esistenza di attività di formazione e aggiornamento per i docenti;
- 6) risultato dei questionari compilati dagli studenti;
- 7) problematiche poste dagli studenti;
- 8) modalità di presentazione dell'Ordine degli Studi;
- 9) adeguato coordinamento dei semestri e dei Corsi integrati ed esistenza e funzionalità della CTP;
- 10) adeguata struttura tecnica-amministrativa;
- 11) valutazione di indicatori rappresentativi, quali rapporto studenti iscritti/studenti in corso, ecc.;

Questa serie di valutazioni consentirebbe di ottenere informazioni sul raggiungimento di obiettivi prefissati quali:

- 1) *performance* didattica dei Docenti nel giudizio degli Studenti;
- 2) qualità della didattica (utilizzo di sussidi didattici informatici ed audiovisivi);
- 3) organizzazione dell'assistenza tutoriale dedicata agli Studenti;
- 4) rendimento medio degli Studenti, regolarità del *curriculum* e risultati conseguiti nel percorso scolastico;
- 5) efficienza organizzativa del CLS e delle sue strutture didattiche;
- 6) qualità e quantità di servizi messi a disposizione degli Studenti;
- 7) facilità di accesso alle informazioni relative ad ogni ambito dell'attività didattica;
- 8) efficacia ed efficienza delle attività finalizzate a valutare il grado di apprendimento degli studenti.

La *site visit* può essere quindi riassunta in tre distinte fasi. Una prima fase riguarda, come detto in precedenza, la compilazione, da parte del CLS visitato, di un questionario di autovalu-

tazione; la seconda fase prevede un incontro *face-to-face* tra Commissione visitatrice e Presidente, Coordinatori, Docenti, Personale tecnico-amministrativo, Studenti del CLS visitato; la terza ed ultima fase vede la stesura di due relazioni conclusive da parte della Commissione. Queste due relazioni sono costituite da una parte prettamente didattica e da una tecnico-amministrativa; una di esse è riservata al Presidente del CLS visitato per una verifica qualitativa interna e per un miglioramento delle criticità rilevate, l'altra è pubblica con descrizione dei punti di eccellenza rilevati da rendere noti per accrescere e migliorare l'organizzazione didattica e tecnico-amministrativa di tutti i CLS

Conclusioni

Ci riallacciamo a quanto sottoscritto dai trenta Stati membri della Comunità europea nella Dichiarazione di Bologna, "...dobbiamo in particolare guardare agli obiettivi di incremento di competitività del sistema universitario europeo.

La vitalità e l'efficienza di qualsiasi civiltà può essere misurata dall'attrazione che la sua cultura esercita sugli altri Paesi. Abbiamo quindi bisogno di assicurare che il sistema universitario europeo acquisti un grado di richiamo mondiale equivalente alle nostre tradizioni culturali e scientifiche". Confermandone i fini, ciò che ci si propone è di istaurare in breve tempo un sistema di cooperazione tra CLS per garantire sempre più alti obiettivi formativi. Proprio la necessità di migliorare l'offerta implica il costante supporto e scambio di esperienze dei singoli.

Il Progetto di *Site Visit* è stato presentato da Andrea Lenzi a nome del Gruppo di Studio su *Valutazione dell'efficacia didattica e criteri di incentivazione (Gruppo VEDI)* alla riunione della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia svoltasi a Bari il 5 e 6 dicembre 2003 ed è stato approvato all'unanimità. È ora nella sua fase sperimentale di realizzazione.



Valutazione obiettiva e strutturata della competenza clinica (OSCE)

Giovanni Danieli (Ancona), Eduardo Landi (Ancona) e Luciano Vettore (Verona)

Tra i metodi di valutazione della competenza clinica, certamente il più complesso, ma anche quello che permette di valutare una grande varietà di abilità acquisite vi è l'*Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) proposto da Harden et al. fin dal 1975 (Harden R.M., Stevenson M., Downie W.W., Wilson G.M. *Assessment of clinical competence using objective structured examination*. BMJ, 1975, 1: 447-451), scarsamente utilizzato in passato per la sua intrinseca complessità, oggi pienamente riconsiderato, alla luce del carattere "professionalizzante" che la revisione della tabella 18 ha attribuito al Corso di laurea in Medicina e delle caratteristiche del nuovo tirocinio valutativo.

L'OSCE è uno schema organizzativo che comprende una serie di prove obiettive che lo studente deve affrontare e superare dimostrando il possesso di specifiche capacità, nell'ambito degli obiettivi formativi gestionali e relazionali propri del corso e prestabiliti.

I seguenti criteri si considerano ineludibili per un OSCE "ortodosso":

1) Possono essere valutate soltanto abilità che siano state insegnate, con l'obiettivo esplicito della valutazione di *performance*, e nei confronti delle quali gli studenti si siano già esercitati a eseguirle; ovviamente vanno scelte abilità routinarie, che ogni neolaureato deve essere in grado di eseguire e di dimostrare, in quanto attinenti alla fascia di professionalità irrinunciabili.

2) Nelle stazioni OSCE vanno introdotte di preferenza abilità (il cui esercizio ovviamente richiede anche conoscenze), mentre si possono valutare con l'OSCE conoscenze o competenze con consistente componente teorica (per esempio l'interpretazione di dati o la soluzione di problemi) solo quando non si disponga di altre modalità valutative meno impegnative dal punto di vista organizzativo e più adatte a verificare il conseguimento di obiettivi didattici cognitivi.

3) Ciò che viene eseguito nelle stazioni OSCE deve simulare con il massimo grado di verosimiglianza ciò che viene effettuato nella realtà; per questo bisogna usare strumenti veri e quando necessario manichini realistici o ancor meglio pazienti simulati (non è etico usare pazienti veri, soprattutto se sottoposti ripetutamente alle stesse

manovre, comunque sgradevoli in mani inesperte); attraverso lo strumento OSCE vengono valutati gli atti professionali che lo studente deve saper compiere effettivamente; la valutazione misura la *performance* dimostrata nella loro esecuzione.

4) Ogni stazione dovrebbe riguardare un'abilità il cui esercizio richieda al candidato un tempo approssimativamente equivalente; la rotazione sequenziale dei candidati nelle stazioni è elemento costitutivo del metodo e la sua mancanza rischia di inficiarne l'affidabilità valutativa.

5) L'allestimento delle stazioni deve essere curato con la massima attenzione, affinché eventuali carenze non incidano sul valore della valutazione; in mancanza dei mezzi necessari al buon espletamento di un'abilità particolare, questa va valutata con modalità diverse e sostituita da un'altra abilità più abbordabile.

Anche abilità relazionali si prestano bene ad essere valutate con il metodo OSCE; in questo caso le stazioni possono essere condotte con un volontario (anche un medico, uno studente o un paziente simulato) che recita realisticamente le reazioni di un paziente al quale lo studente (nelle parti del medico): a) comunica per esempio la diagnosi di una patologia per la quale il paziente dovrà essere sottoposto a intervento chirurgico, o ad altra terapia invasiva, o con effetti tossici rilevanti; oppure: b) spiega a un paziente con una patologia definita le modalità di assunzione di una terapia polifarmacologica prescritta a domicilio; comunica con linguaggio comprensibile al paziente simulato anche i possibili effetti indesiderati, i loro segni di allarme e le modalità per monitorare gli effetti terapeutici e prevenire quelli tossici.

Al candidato va dato, immediatamente prima della sua prova (magari in forma scritta), il mandato della comunicazione che deve dare; il paziente/attore simula alcune reazioni emotive comuni per comunicazioni di questo genere per testare le capacità di "gestire" la situazione da parte dello studente.

La *performance* psico-relazionale può essere valutata mediante una "griglia" *ad hoc*, che dovrà considerare le modalità della comunicazione e la sua adeguatezza: chiarezza e comprensibilità del linguaggio, completezza senza ridondanza dei contenuti, rassicurazione empatica ma non falsa-

mente minimizzante, capacità di contenere le reazioni emotive del paziente senza farsi coinvolgere, verifica della corretta comprensione dei messaggi ai fini di raccogliere un consenso veramente informato e deontologicamente corretto.

Salvo errori grossolani nei contenuti della comunicazione, la valutazione non dovrebbe tenere conto in modo prioritario dei contenuti stessi.

Le prove possono dunque consistere nella conduzione dell'anamnesi, nell'esecuzione dell'esame obiettivo di un organo o di un apparato, nel compiere determinate manualità diagnostiche o terapeutiche, nell'avanzare una richiesta motivata di un accertamento o di interpretarne il risultato, di redigere correttamente un certificato, una prescrizione terapeutica, una parte di cartella clinica, nel comunicare in modo adeguato al paziente o ai suoi familiari informazioni o consigli attinenti alle condizioni della sua salute.

Una prova OSCE richiede una preparazione adeguata, per la quale si possono proporre le seguenti tappe:

- scegliere dal "core curriculum" della Conferenza tutte le abilità essenziali che meglio si prestano alla valutazione mediante OSCE, facenti parte effettivamente del bagaglio didattico dello specifico CdLS; il loro elenco complessivo deve essere noto agli studenti fin dall'inizio della loro partecipazione alla didattica pratica e rappresenta per loro in modo ufficiale il programma di questa parte di esame: debbono sapere che nell'OSCE saranno testati su un numero definito di *skills* (abilità diverse da appello ad appello, ma uguali per tutti gli studenti della stessa prova), scelte di volta in volta dall'elenco;

- pianificare con alcune di esse (possibilmente distribuite per "tipologia": anamnesi, esame obiettivo di differenti organi o apparati, abilità professionali mediche e chirurgiche, abilità laboratoristiche, piccola chirurgia, diagnostica strumentale, comunicazione medico-paziente, ecc.) l'allestimento delle relative stazioni, adeguando ciascuna prova alla verifica delle abilità descritte nei singoli obiettivi didattici;

- costruire per ciascuna stazione/abilità/prova, le griglie di valutazione che descrivono analiticamente le tappe di esecuzione/dimostrazione di ciascuna abilità e definiscono il grado di *performance* richiesto per certificare l'avvenuta acquisizione delle singole abilità: sarebbe utile che gli studenti conoscessero subito queste griglie, così da potersi testare in anticipo in modo autonomo;

- allestire le stazioni pianificate con il *setting* ade-

guato (ambienti adatti alla gestione delle stazioni, attrezzature, materiali, manichini, casi simulati o pazienti standardizzati, ecc.); si ricorda che la durata della prova deve essere uguale e definita per ogni stazione: ciò condizionerà la qualità e soprattutto la quantità dei contenuti della prova;

- formare i tutori all'insegnamento e alla valutazione delle singole abilità;

- effettuare una simulazione di OSCE con le stazioni e le griglie così preparate, utilizzando a rotazione per detta simulazione gli stessi tutori che fungeranno da valutatori nella prove di esame;

- valutare criticamente in modo collegiale la prova di simulazione "step by step", alla sua conclusione, per trarre dall'esperienza utili indicazioni concrete sull'applicazione reale del metodo nella pratica valutativa del CdLS.

In un progetto di integrazione medico-chirurgica, gli insegnamenti di Clinica medica e Clinica chirurgica dell'Università Politecnica delle Marche hanno realizzato una prova pratica comune, secondo il modello OSCE.

Il numero di stazioni che costituiscono l'OSCE è, nel progetto, di dodici; il tempo di permanenza dello Studente in ciascuna stazione è di 10 minuti; il tempo complessivo riservato all'intero percorso è quindi di 120 minuti per ciascun studente.

L'elenco delle stazioni è riportato nella tabella 1.

Le abilità pratiche, la cui conoscenza è richiesta allo studente, sono elencate nella tabella 2, suddivise nelle stazioni nelle quali vengono verificate.

Lo Studente viene valutato su una sola abilità per ciascuna stazione.

La verifica dei comportamenti nelle singole prove richiede la presenza di un esaminatore munito di una griglia prestabilita, che gli consente di seguire la successione degli atti compiuti dallo

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Anamnesi (su paziente simulato con copione ad hoc)2. Esame obiettivo generale (su manichino)3. Esame obiettivo cardiovascolare (su manichino)4. Esame obiettivo toraco-polmonare (su manichino)5. Esame obiettivo dell'addome (su manichino)6. Abilità e attività professionalizzanti mediche7. Abilità e attività professionalizzanti chirurgiche8. Diagnostica di laboratorio9. Diagnostica strumentale10. Manovre di emergenza (su manichino)11. Day Surgery (in condizioni simulate)12. Comunicazione: informazione al paziente e ai familiari (paziente simulato) |
|--|

Tab. 1 - Elenco delle stazioni.

studente e il modo con cui li ha compiuti.

Le griglie di valutazione utilizzate per la verifica di tutte le abilità sono poste a posizione dello Studente nel sito della Facoltà.

L'OSCE si svolge una volta per ogni sessione di esame, quindi cinque volte in un anno, prima degli appelli di Clinica Medica e di Clinica Chirurgica destinati alla prova teorica, che consiste in un esame orale o scritto, basato su domande a scelta multipla; la prova teorica può essere affrontata anche da Studenti che non hanno superato quella pratica, ma l'acquisizione dei crediti è condizionata al superamento di entrambe le prove.

L'esame pratico può essere ripetuto senza limitazione nelle sessioni successive.

Le singole stazioni dell'OSCE sono curate dai Docenti afferenti agli Istituti di Clinica Medica e di Clinica Chirurgica.

I Tutori sono scelti tra gli Specializzandi delle Scuole di specializzazione di Medicina interna e di Chirurgia Generale.

L'iscrizione all'OSCE avviene su internet per gruppi di studenti, contraddistinti da un numero progressivo.

Per consentire agli Studenti di affrontare la prova debitamente preparati, un ciclo di esercitazioni (laboratorio preclinico) relative alle abilità elencate viene svolto nei mesi di marzo e aprile in due settimane esclusivamente dedicate all'apprendimento delle abilità (*clinical skills*).

Elenco delle Abilità distribuite in dodici stazioni

In ciascuna stazione lo Studente viene valutato su una delle abilità indicate

1. Anamnesi (su paziente simulato e con copione ad hoc)

Raccogliere l'anamnesi in una persona con:
Febbre, Vertigine, Dolore toracico ricorrente, Dispnea, Diarrea, Ingrandimento dei linfonodi in una stazione superficiale, Poliuria, Artrite periferica, Amenorrea, Cefalea

2. Esame obiettivo generale e del capo (su manichino)

Predisporre le condizioni ambientali e relazionali per l'esame obiettivo in situazione di correttezza e di privacy (1906)
Eseguire un esame obiettivo generale (rilievi generali dell'E.O.) (1864)
Eseguire l'ispezione e la palpazione dei linfonodi superficiali e riconoscerne le caratteristiche (1866)
Effettuare un esame della sensibilità
Effettuare un esame della forza e della motilità
Testare i riflessi normali e patologici osteotendinei e cutanei
Eseguire l'esame delle principali articolazioni (1891)
Eseguire l'esame obiettivo delle mammelle e dei linfonodi ascellari (1892)
Esplorare digitalmente il campo visivo (1890)
Esaminare i riflessi pupillari (1887)
Apprezzare il tono oculare con la pressione digitale (1888)

3. Esame obiettivo cardiovascolare (su manichino)

Rilevare il polso centrale ed i polsi periferici e descriverne le caratteristiche (1871)

Misurare la frequenza cardiaca centrale e periferica (1868)
Misurare la pressione arteriosa (1867)
Effettuare l'esame obiettivo del cuore: ispezione (1870)
Effettuare l'esame obiettivo del cuore: palpazione (1870)
Effettuare l'esame obiettivo del cuore: auscultazione (1870)

4. Esame obiettivo toraco-polmonare (su manichino)

Eseguire l'ispezione con descrizione della regione toracica
Effettuare la palpazione del torace e la misurazione della frequenza respiratoria
Effettuare la percussione del torace
Auscultare il torace e descriverne i reperti

5. Esame obiettivo dell'addome (su manichino)

Ispezionare, palpare, percuotere e auscultare l'addome per l'individuazione delle patologie addominali (in particolare segni di peritonismo, ileo, ecc.) (1876)
Condurre l'E.O. del fegato (1878)
Eseguire l'esame obiettivo della milza (1880)
Eseguire l'esame obiettivo di reni, ureteri e vescica (1881)
Rilevare i segni obiettivi di ernia inguinale (1884)

6. Abilità e attività professionalizzanti mediche

Effettuare saturimetria (1773) e somministrare ossigeno con maschera di Ventura (1759)
Eseguire le manovre per il prelievo di un'emocoltura
Effettuare iniezioni intradermiche (1813)
Insegnare a un paziente la misurazione della glicemia mediante apparecchio elettronico portatile (1914)
Insegnare a un paziente le modalità di somministrazione dell'insulina (1915)
Gestire la terapia infusiva
Eseguire prelievi di sangue venoso da una vena periferica (1810)
Effettuare un prelievo arterioso (1817)

7. Abilità e attività professionalizzanti chirurgiche (su manichino)

Posizionare un sondino naso-gastrico (1754)
Posizionare catetere vescicale nell'uomo e nella donna (1780)
Eseguire una esplorazione rettale (1719)
Interpretare i risultati di una colonscopia diagnostica ed interventistica (1759)
Far eseguire esercizi di riabilitazione respiratoria (posturale e chineologica) (1772)

8. Diagnostica di Laboratorio, Immunologia Clinica ed Ematologia

Usare il microscopio ottico regolandone i vari componenti (1797)
Effettuare l'esame microscopico di un sedimento urinario
Effettuare l'esame delle urine con stick
Allestire uno striscio di sangue periferico per lettura al microscopio (1799)
Leggere al microscopio lo striscio colorato di un sangue periferico patologico o normale
Effettuare su striscio di sangue la conta differenziale dei leucociti
Eseguire un'interpretazione diagnostica di un profilo biochimico tipico, per esempio: Infarto del miocardio, Iperemolisi, Insufficienza renale, Colestasi, Flogosi acuta batterica
Eseguire l'interpretazione diagnostica di un esame emocromocitometrico da analizzatore elettronico
Prescrivere indagini ematologiche mirate per condizioni cliniche definite: Leucemia mieloide cronica, Anemia da flogosi cronica, Anemia sideropenica, Plasmocitoma
Interpretare i risultati di un tracciato elettroforetico
Interpretare i risultati della ricerca di autoanticorpi
Interpretare i risultati di uno studio fenotipico linfocitario
Interpretare uno studio infettivologico e saperne indicare gli eventuali approfondimenti

9. Diagnostica strumentale

Posizionare sul diafanoscopio, analizzare e descrivere le strutture anatomiche su una radiografia del torace, normale o patologica
Interpretare il referto di una TAC o di una RM
Interpretare il risultato di un'ecografia addominale
Interpretare il risultato di un'ecografia dei tessuti molli

Interpretare il risultato di un ecocardiogramma vascolari non invasivi (Doppler) (1750)
Interpretare il risultato di un esame capillaroscopico
Esaminare con oftalmoscopio un fondo oculare (1839)
Esaminare con otoscopio il canale uditivo e la membrana timpanica
Interpretare il risultato di un EEG (1831)
Interpretare il risultato di potenziali evocati (1832)
Interpretare il risultato di un EMG (1833)
Registrazione ed esame di un ECG (1746)
Interpretare un esame spirometrico ed emogasanalitico (1767)
Interpretare i risultati di un'endoscopia digestiva

10. Manovre di Emergenza (su manichino)

Effettuare le procedure standard per la rilevazione dei parametri vitali in condizioni di emergenza (1725)
Effettuare un massaggio cardiaco esterno (1726)
Eseguire respirazione bocca a bocca e con Ambu (1727)
Effettuare la manovra di Haimlich (1728)
Praticare intubazione tracheale
Eseguire un tamponamento nasale anteriore per epistassi
Realizzare una defibrillazione (1729)
Valutare uno stato di perdita di coscienza

11. Day Surgery (in condizioni simulate)

Raccogliere anamnesi specifica per lesioni dei tessuti molli ad eziologia varia (post-trauma, neoplastiche, vascolari, da ustione, ecc.) e riconoscere le lesioni elementari
Medicare lesioni cutanee: ferite, piaghe, ulcere (anche di origine vasco-

lare), fistole (medicazioni tradizionali e avanzate) (1717)
Medicare ustioni di grado lieve, medio e grave (1723)
Preparare un campo sterile per un intervento di piccola chirurgia (1714)
Applicare o rimuovere punti di sutura (1716)
Eseguire correttamente bendaggi, medicazioni, ecc. post-operatori e loro valutazioni nel tempo

12. Comunicazione (in condizioni simulate: role playing)

Utilizzare la modulistica (prescrizioni, certificazioni, ecc.) di uso frequente per la Medicina generale (1794)
Compilare una cartella clinica (1819)
Compilare la lista dei problemi attivi e dei problemi passivi del paziente esaminato (1820)
Compilare una relazione medica su un paziente (1821)
Compilare una ricetta (1822)
Eseguire una diagnosi di morte (1861)
Assumere atteggiamenti personali e gestualità corretti ed adatti alla relazione con il paziente (1907)
Informare il paziente e i congiunti di patologie gravi, invalidanti o con esito infausto e sui relativi trattamenti (1918), conoscendo ed applicando le disposizioni di legge e quelle richieste nella carta per la tutela dell'anziano e del malato anziano (1921)
Informare un paziente sulle modalità e sui rischi di un esame invasivo
Informare un paziente sulle modalità di assunzione, sui benefici e sui rischi di un trattamento (1920)
Definire mediante il colloquio le capacità del paziente nell'effettuare le comuni attività della vita quotidiana (1931)

Tab. 2 - Elenco delle abilità richieste allo Studente. Tra parentesi è indicato il numero corrispondente alle abilità elencate nel core curriculum.



Indagine sull'*e-learning* nei CLS in Medicina e Chirurgia

Andrea Lenzi, Fabio Capani, Gian Battista Azzena, Huon Snelgrove e Sabrina Luccarini (Roma)

Introduzione

In concomitanza con la presentazione alla Conferenza di Bari (5-6 dicembre 2003) della relazione "Considerazioni su *e-learning* e formazione a distanza in medicina" (di cui questa rivista ha pubblicato un riassunto nel numero precedente), si è tenuta a Berlino la 9^a Conferenza Internazionale sull'ICT.

Alla Conferenza hanno partecipato Huon Snelgrove e Sabrina Luccarini che sono Consulenti del Gruppo di lavoro sull'*e-learning* della Conferenza. In questa sede vengono presentati un breve rapporto sul *meeting* berlinese ed i primi risultati di una indagine mirata sull'*e-learning* nei CLS in Medicina e Chirurgia.

Ciò che è risultato evidente durante la 9^a Conferenza Internazionale sull'ICT è che il "sassolino" buttato circa una decina di anni fa sulla possibilità di combinare didattica e tecnologie informatiche si è oramai ineluttabilmente tramutato in una valanga e che il suo effetto travolgente ha inesorabilmente coinvolto ogni Paese del Mondo: da Stati come il Messico, l'India o il Sud Africa, dove l'*e-learning* è visto come una soluzione a problemi di distanza geografica, ai Paesi europei, dove l'educazione *online* è identificata per migliorare la qualità della didattica, ad altri ancora come gli USA dove le nuove tecnologie vengono fruttuosamente utilizzate per superare entrambe i problemi.

Durante il *meeting* di Berlino sono state presentate, all'interno delle sessioni dedicate alla *Gestione dell'Evoluzione nell'Educazione Universitaria*, diverse esperienze maturate all'interno di Università differenti per aree geografiche e tipo di studi.

Comune denominatore è risultato essere quanto già fissato (Lisbona, 2000) dal Consiglio Europeo come scopo principale della Comunità Europea: "L'Europa deve divenire entro il 2010 un'area basata sulla conoscenza più competitiva e dinamica del mondo, in grado di raggiungere una crescita economica sostenibile, con una più ampia e migliore occupazione e con una maggiore coesione sociale", frase riportata o sottintesa in quasi tutte le presentazioni.

Esistono, inoltre, alcune fondamentali convinzioni, condivise da tutti i relatori, che non possono essere sottovalutati quali:

1. l'insegnamento con tecnologia richiede una nuova visione del processo di istruzione, un nuovo sistema pedagogico, un nuovo ruolo degli studenti e dei docenti;
2. il supporto istituzionale risulta problematico per: remunerazione e riconoscimento del corpo docente (tempo richiesto, finanziamenti); assistenza tutoriale pedagogica; *training* per gli stessi docenti; forte comunicazione, fra i membri della Facoltà, di tipo orizzontale e non verticale;
3. la didattica *online* accompagna e mai sostituisce la didattica frontale.

Infine, ciò che accomuna tutte le esperienze dei Paesi europei è la necessità di promuovere interazione, riscontri aggiornati da parte degli studenti e tra gli studenti e i docenti, aggiornamento costante dei materiali utilizzati, modelli da selezionare, tipologia di didattica da utilizzare con lezioni *ex-cathedra* e lezioni *online*.

Interessante è stato anche notare il coinvolgimento umano sempre più accentuato nel corpo docenti: l'impatto della tecnologia applicata all'istruzione sta facendo emergere la cultura di lavoro in comunità; lavorare soli è stato rimpiazzato con collaborazione e con lavoro di *équipe*.

Un ulteriore punto di discussione ed analisi è stata la valutazione di come si arriva concretamente alla produzione di corsi *online*. Ogni esperienza presentata ha alla base un grosso lavoro di preparazione. La procedura più comune è quella di dare l'avvio ad un progetto pilota realizzato da un gruppo di volontari. Dopo un attento studio delle nuove possibilità pedagogiche attuabili grazie alla tecnologia, si tende a scegliere un corso o un'attività didattica da sviluppare, una piattaforma agile e di facile utilizzo per dar vita ad un corso *online* sperimentale. Il gruppo provvede anche a fornire motivazioni valide al resto dei docenti, a sviluppare e pubblicizzare le proprie attività, ad avere quindi un "effetto domino" sul resto della Facoltà.

La maggior parte delle Università europee che già hanno dato il via a corsi *online* hanno creato delle associazioni o tra facoltà dello stesso Ateneo o fra diversi Atenei, come per esempio in Spagna (*Aula a Distanza y Abierta de la Comunidad de Madrid*), in Olanda, in Svizzera, nel Regno Unito, in Finlandia, in Germania. Per l'Italia è stato pre-

sentato dalla prof.ssa Ghislandi, il progetto che dal 2000 l'Università di Trento sta sviluppando e che ha visto dall'a.a. 2001-2002 ad oggi un aumento dei docenti coinvolti da 36 a 77 e un numero di studenti che accedono ai corsi *online* da 359 a 3.509.

Infine, anche a Berlino è stato ribadito che l'*e-learning* si adatta particolarmente all'educazione continua; tra i centinaia di acronimi utilizzati vi è il nuovo LLL, ossia *Life Long Learning*. Le facoltà mediche hanno la possibilità di divenire il centro dell'Educazione Continua in Medicina ed adattarsi rapidamente alle necessità di apprendimento dei futuri medici. La consapevolezza che gli studenti di oggi sono anche i medici-studenti di domani dovrebbe stimolare la facoltà a promuovere nuovi programmi di insegnamento utilizzando nuove tecniche.

I risultati dell'indagine conoscitiva

La Conferenza di Berlino, "fortunatamente" non ha, quindi, fornito delle grosse novità e molte precedenti convinzioni e considerazioni sono state rafforzate, infatti il Gruppo di Studio sull'*e-learning* (costituito dalla nostra Conferenza all'interno dell'Area Relazioni Università/Territorio), come suddetto, a Bari ha presentato il suo programma i cui punti, se letti come uno scadenziario progressivo, si riallacciano perfettamente alle altre esperienze internazionali già in atto.

Programma Gruppo *e-learning*:

1. approfondire il tema della didattica a distanza dal punto di vista culturale, applicativo e tecnologico per sottoporre alla Conferenza un documento di valutazione critica per una possibile utilizzazione di tale metodologia nell'ambito degli studi dell'area sanitaria;
2. censire gli eventuali corsi *on-line* già attivi o le sperimentazioni effettuate dai CLS;
3. predisporre una proposta di sperimentazione della didattica a distanza;
4. proporre un progetto che ponga la Conferenza nel ruolo di promotore di uno scambio di informazioni, materiale didattico e tecnologie tra i vari Corsi di Laurea afferenti per preparare pacchetti didattici omogenei e fruibili dai vari Corsi di Laurea Specialistica;

CLSMC	Hanno risposto al questionario	Non hanno risposto al questionario
40	26	15

Tab. 1 - Gradimento del questionario per un primo censimento di didattica *on-line*.

5. valutare le opportunità che la Conferenza inter venga con la sua esperienza pedagogica (ed andragogica) in collaborazione con altri soggetti dotati delle adeguate capacità organizzative e tecnologiche, quale *provider* nell'ambito del progetto ECM -FAD.

Relativamente al punto 1, durante la riunione della Conferenza, è stato proposto dal Coordinatore del gruppo di lavoro un'introduzione all'argomento che è stato oggetto di una approfondita riflessione in seduta plenaria (vedi anche questi Quaderni, n. 22 del 2003).

Per quanto riguarda il punto 2 è stato predisposto un questionario (vedi allegato), inviato a tutti i Presidenti di CLS, con l'obiettivo di censire gli eventuali corsi o altra attività didattica *on-line* già attivi e di valutarne la sperimentazione dai singoli CLS.

Dei 40 Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia censiti, 26 hanno fatto pervenire la risposta al questionario. Di questi, 14 CLS hanno già attivato didattica *on-line*. L'accesso ai rispettivi siti dedicati alla didattica *on-line* è previsto con accesso libero per 8 CLS, con *password* per i sei restanti.

Di questi 14 CLS, 8 dedicano i rispettivi corsi *on-line* a tutti gli studenti iscritti (dal I al VI anno) e gli altri 6 per determinati anni di corso (Tabb. 1 e 2).

Dalla valutazione che è stata fatta dai singoli Presidenti dei CLS in cui è già prevista la didattica *on-line* si evince che la percentuale di studenti che sa usare un PC è in media del 75%, quella di chi utilizza aule informatiche fornite dalla Facoltà è di circa il 55%, mentre la percentuale di chi possiede personalmente un PC è di circa il 65%. Stime piuttosto alte che non sappiamo quanto realmente rispecchino la media delle conoscenze infor-

CLSMC che hanno compil. il questionario	Che tipo di accesso	A quali studenti è indirizzata la didattica <i>on line</i>	Da quanti anni
A	Libero	Tutti gli anni	..
B	Libero	Tutti gli anni	2
C	Libero	I, II, III, IV	1
D	Libero	Tutti gli anni	3
E	Password	II, IV, VI	5
F	Password	Tutti gli anni	3
G	Libero e password	Tutti gli anni	2
H	Libero	Tutti gli anni	2
I	Password	Tutti gli anni	4
L	Password	I 1	
M	Libero	III, IV, VI	2
N	Password	Tutti gli anni	4
O	Libero	I, II, III, IV, V	..
P	Libero	I, II, VI	3

Tab. 2 - Caratteristiche di base dei corsi *on-line* attivati.

matiche dello studente che frequenta le Facoltà mediche italiane. Al contrario le percentuali calano drammaticamente per ciò che riguarda la produzione di didattica *on-line* da parte dei docenti delle medesime Facoltà: circa l'8% ha prodotto già didattica *on-line*, il 9% lo sta producendo e il 25% si dice disposto a produrne (Tabb. 3 e 4).

Va comunque ricordato che tali dati derivano da una valutazione effettuata dai Presidenti del CLS che hanno compilato il questionario.

Un confronto più interessante sulle conoscenze informatiche degli studenti e sull'incli-

CLSMC che hanno compilato il questionario	% studenti che sa usare un PC	% studenti che utilizza aule informatiche	% studenti che possiede un pc
A	80	20	..
B	70	25	50
C	100	100	70
D	90	50	70
E	98	80	65
F	..	..	..
G	30	30	..
H	70	50	60
I	90	20	85
L	40	100	50
M	80	80	60
N	99	100	95
O	30	10	60
P	70	60	50

Tab. 3 - Conoscenze informatiche degli studenti. Stima effettuata dai Presidenti dei CLSMC.

CLSMC che hanno compilato il questionario	% Docenti che ha prodotto corsi on line	% Docenti che sta producendo corsi on line	% Docenti che è favorevole a produrne
A	..	..	30
B	5	10	50
C	1,5	1,2	0
D	10	..	..
E	20	55	80
F	10	10	50
G	5	1	10
H	20	0	0
I	10	5	40
L	3	10	10
M	5	5	..
N	5	5	5
O	1	1	5
P	10	10	20

Tab. 4 - Percentuale di docenti che hanno prodotto, stanno producendo, sono favorevoli alla produzione di didattica *on-line*. Stima effettuata dai Presidenti dei CLSMC.

nazione dei docenti a fornire didattica *on-line*, risulta essere quello tra i succitati 14 CLS che hanno già attivato didattica *on-line* e i 12 CLS che hanno comunque compilato il questionario ma che non hanno ancora attivato tali corsi.

Se le conoscenze informatiche degli studenti risultano essere in media simili fra i due gruppi confrontati (per i CLS dove non è ancora attivata la didattica *on-line* circa il 75% degli studenti sa usare un PC, il 70% utilizza aule informatiche fornite dalla Facoltà e circa il 53% possiede un PC), al contrario per il gruppo di CLS dove non sono ancora attivi corsi *on-line* l'interesse dei docenti per questo tipo di didattica sembra aumentare in modo considerevole: circa il 21% dei docenti ha prodotto corsi *on-line* (ma ancora non sono attivati), il 24% sta producendo e un considerevole 52% è comunque favorevole alla produzione (ancora una volta ricordiamo che questi dati provengono da stime effettuate dal Presidente del CLS che ha compilato il questionario).

Quest'ultima percentuale rivelerebbe un interesse maggiore da parte dei docenti che appartengono a CLS che ancora non hanno sperimentato l'*e-learning* rispetto a docenti che afferiscono a CLS già coinvolti nella sperimentazione e che già riconoscono o "temono" le relative problematiche (Tabb. 5 e 6).

Riguardo alle domande sul tipo di didattica *on-line* utilizzata, i CLS che stanno già sperimentando l'*e-learning* utilizzano didattica *on-line* in parte non interattiva ed in parte interattiva. All'interno dei 14

CLSMC che hanno compilato il questionario ma non prevedono didattica <i>on-line</i>	% studenti che sa usare un PC	% studenti che utilizza aule informatiche	% studenti che possiede un pc
A	..	..	..
B	..	..	..
C	..	..	..
D	100	100	30
E	70	..	50
F	60	40	50
G	100	100	100
H	..	..	..
I	50	40	40
L	..	..	..
M	70	..	50
N	..	..	..

Tab. 5 - Conoscenze informatiche degli studenti nei CLS dove non è prevista attività di *e-learning*. Stima effettuata dai Presidenti dei CLSMC.

CLSMC che hanno compilato il questionario	% Docenti che ha prodotto	% Docenti che sta producendo	% Docenti che è favorevole a produrre
A	..	..	..
B	..	..	..
C	..	..	..
D	20	20	80
E	5	30	70
F	5	15	20
G	40	50	40
H	..	..	..
I	50	..	50
L	..	..	..
M	5	5	..
N	..	..	..

Tab. 6 - Percentuale di docenti afferenti a CLS dove ancora non è attiva la didattica on-line che hanno prodotto, stanno producendo, sono favorevoli alla produzione di didattica on-line. Stima effettuata dai Presidenti dei CLSMC.

CLS è stata sviluppata un sistema non interattivo in 5 interi Corsi, 7 moduli a parte dei Corsi, 9 specifiche lezioni e 7 archivi di files Word o PPT utilizzati all'interno dei corsi.

Per quanto concerne la didattica on-line interattiva dei 14 CLS, 8 fanno uso dell'e-mail del docente e 5 CLS impiegano apposite piattaforme strutturate.

Il materiale utilizzato all'interno dei corsi on-line è molto vario. Tutti i CLS utilizzano diapositive non commentate e testo scritto. Soltanto 4 utilizzano dei video, 13 diapositive non commentate dal docente, 3 diapositive commentate dal docente, 12 testi scritti, 4 questionari di autovalutazione con voto, 5 questionari di autovalutazione senza voto, 5 tutoraggio interattivo, 9 prevedono un sistema di link, nessuno ha specificato altro materiale possibile da utilizzare (Tab. 7)

Per quanto riguarda il rapporto cronologico rispetto al corrispondente Corso frontale le attività didattiche on-line, nei 14 CLS dove è previ-

Tipo materiale utilizzato	Numero di CLS che lo utilizzano
Video	4
Diapositive non commentate	13
Diapositive commentate	3
Testo scritto	12
Questionari di autovalutazione con voto	4
Questionari di autovalutazione senza voto	5
Tutoraggio interattivo	5
Sistema link con altri siti	9
Altro	0

Tab. 7 - Materiale utilizzato per la didattica on-line nei CLS dove si sta sperimentando l'e-learning.

sta l'e-learning, sono fruite quasi sempre dopo (13 casi), spesso durante (9 casi) in pochi casi prima (4 casi) (Tab. 8).

In generale la didattica on-line non sostituisce il Corso frontale, salvo in un CLS dove è previsto un Corso di Inglese scientifico on-line che sostituisce

CLSMC	Prima	Durante	Dopo
A	1	1	1
B		1	1
C		1	1
D		1	1
E	1	1	1
F			1
G	1	1	1
H		1	1
I			1
L		1	1
M	1	1	1
N			1
O			1
P	4	9	13

Tab. 8 - Utilizzo dei corsi on-line rispetto al normale Corso frontale.

per intero il normale Corso frontale. Per ultimo si è analizzato il gradimento sia degli studenti sia dei docenti per l'e-learning, valutazione effettuata sempre dai Presidenti dei CLS che hanno compilato il questionario. In media il gradimento degli studenti è alto e soddisfacente, con un punteggio di circa 8 rispetto ad una scala da 1 a 10, e l'accesso a questi corsi on-line vedono coinvolti circa il 73% degli studenti. Stime più basse, invece, per ciò che riguarda i docenti, dove su una scala da 1 a 10 in media 5 è il punteggio per il gradimento per l'attività didattica on-line mentre circa il 27% dei docenti accede ai corsi on-line (Tab. 9).

CLSMC	Studenti		Docenti	
	Gradimento (scala da 1 a 10)	Accesso (%)	Gradimento (scala da 1 a 10)	Accesso (%)
A	7	70	7	10
B	5	15	5	5
C	10	100	1	10
D	7	70	5	50
E	7	70	5	40
F	..	..	..	..
G	..	..	..	..
H	8	80	6	60
I	10	100	6	60
L	..	..	..	..
M	8	80	1	5
N	9	75	9	10
O	..	..	..	..
P	6	70	..	..

Tab. 9 - Gradimento ed accesso ai corsi on-line da parte degli Studenti e dei Docenti. Stima effettuata dai Presidenti dei CLSMC.

Conclusioni

Da questa breve indagine conoscitiva sull'attuale utilizzo dell'e-learning nei CLS delle Facoltà mediche, risulta evidente quanto, da parte del corpo docente, sia vivo l'interesse verso una nuova tipologia di didattica e quanto però sia ancora radicata una certa preoccupazione che frena l'utilizzo di nuove tecnologie, forse interpretate erroneamente come sostitutive della meno "temuta" didattica tradizionale. Tuttavia data la scarsa esperienza di una vera didattica *on-line* interattiva nelle Facoltà mediche italiane, ove si escludano rare eccezioni, si ritiene che solo una concreta sperimentazione pratica possa dare una reale idea dell'applicabilità dell'e-learning in tale ambito.

In effetti, nelle Facoltà mediche potrebbero esserci spazi di attuazione che vanno al di là dei soli corsi cosiddetti "non medici" di Statistica, Informatica ed Inglese scientifico. E', infatti, più interessante considerare, anche se complessa da realizzare, una didattica *on-line* di supporto, parallela a quella tradizionale dei corsi clinici che prepari gli studenti ad affrontare i casi clinici in maniera problematica e secondo le regole della EBM, evitando il rischio che l'utilizzo dell'e-learning, porti lo studente di Medicina a perdere di vista l'importanza del rapporto con i colleghi ed i docenti.

In questo ambito la capacità pedagogica dell'e-learning potrebbe esprimere al meglio le sue potenzialità e divenire nei CLS in Medicina di importanza pari a quella prevista in campo andragogico nei corsi ECM a distanza.



Questionario inviato ai Presidenti dei CLS Medicina e Chirurgia

Università di _____

Nome _____ Cognome _____
del Presidente del Corso di Laurea Specialistica

1. Nel Corso di Laurea Specialistica è prevista didattica on-line?
 Sì No
2. Se sì, su quale/i indirizzo/i web?
3. Quanti sono i corsi ad accesso:
n. _____ Libero Tramite password
4. A quali studenti è rivolta la didattica on-line? (barrare tutte le caselle utili) Iscritti al: I anno; II anno; III anno; IV anno; V anno; VI anno
5. Secondo la Sua opinione quale è la % di studenti del Suo Corso di laurea che: Sa usare un PC _____ - Utilizza (o potrebbe utilizzare) aule informatizzate di facoltà, perché disponibili _____ Possiede a domicilio un PC ed una connessione Internet _____
6. Secondo la Sua opinione quale è la % di docenti afferenti al Corso di laurea che: - Ha già prodotto contenuti didattici on line (anche semplice testo) _____
- Sta lavorando alla produzione di materiale didattico _____
- Si è dichiarato favorevole a produrre materiale didattico da mettere on line _____
7. Da quanto tempo viene utilizzata la didattica on-line nel Suo Corso di Laurea? _____ in anni
8. È stata sviluppata una didattica on-line non interattiva? (barrare tutte le caselle utili) - Per interi Corsi - Per moduli a parte dei corsi - Per specifiche lezioni - Solo per archivi di files Word o PPT
9. È stata sviluppata una didattica on-line interattiva?
 No. I corsi sono on line, ma il docente non è disponibile ad essere contattato on line
 Solo tramite e-mail del docente
 Su piattaforma strutturata che fornisce:
- risultati di questionari
- tempi di fruizione dei percorsi didattici
- altro
10. Che tipo di materiale viene utilizzato? (barrare tutte le caselle utili)
- Lezioni registrate Video
- Diapositive in PPT non commentate dalla voce del docente
- Diapositive in PPT commentate dalla voce del docente
- Testo scritto
- Questionari di autovalutazione (con voto)
- Questionari di valutazione (senza voto)
- Tutoraggio interattivo
- Sistema di link con altri siti web
- Altro (specificare)
11. Rispetto al relativo corso frontale questo tipo di didattica on-line è stata progettata per essere utilizzata:
- Prima (come preparazione ai corsi)
- Durante (come preparazione alle singole lezioni)
- Dopo (come completamento dell'informazione o ripasso delle stesse)
12. Nel Corso di Laurea Specialistica esistono anche corsi on-line che sostituiscono comple-ta-men-te il corso frontale?
 Sì
 No
13. Secondo la Sua opinione quale è il gradimento (scala da 1 a 10) e la % di accessi (scala %) al materiale on-line, da parte degli studenti?
Scala da 1 a 10 _____
Scala da 0 a 100% _____
14. Secondo la Sua opinione quale è stato il gradimento (scala da 1 a 10) e la % di accettazione (scala %) relativo alla didattica on-line, da parte dei docenti?
Scala da 1 a 10 _____
Scala da 0 a 100% _____

Il tirocinio valutativo, parte integrante del nuovo Esame di Stato

Alfred Tenore (Udine)

Introduzione

Fino ad oggi, l'esame di stato valutava solo il grado di "informazioni" mediche acquisite e non le capacità ed abilità di "fare" il medico. Il nuovo esame di stato richiede che il candidato venga esaminato non solo per il grado del "sapere" acquisito durante il corso di laurea in medicina, ma anche per le sue capacità di "saper fare" e "saper essere". Pertanto, per la prima volta, dopo la laurea il laureato non è più tenuto a fare un tirocinio "pratico" con l'intento di "imparare", ma un che "tirocinio" valuta ciò che si sarebbe dovuto insegnare ed apprendere durante il corso di laurea.

In un precedente articolo¹ è stato descritto in modo generale in cosa consiste questo esame di stato; l'enfasi viene ora invece posta sulla prova pratica dell'esame e come questa sarà/dovrà essere condotta e valutata.

Il Decreto MIUR 445 del 19/10/01 concernente il regolamento dell'esame di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo, indica che l'esame di stato consiste in un tirocinio pratico e nella prova scritta (Art.1 comma 2); a questa si accede nella prima sessione utile dopo il superamento del tirocinio pratico della durata di tre mesi, svolto dopo il conseguimento della laurea, presso policlinici universitari, aziende operative ospedaliere, presidi ospedalieri di ASL e ambulatori di medici di medicina generale convenzionati con l'SSN (Art 2, comma 1).

Nel corso del tirocinio pratico il candidato deve frequentare, con lo scopo di essere valutato, un mese presso un reparto di medicina, un mese presso un reparto di chirurgia ed un mese presso lo studio di un medico di medicina generale (Art 2, comma 2). L'Università assicura ai laureati l'accesso al tirocinio fornendo loro un "libretto-diario". La certificazione della frequenza e la valutazione di ciascuno dei tre periodi avvengono sotto la diretta responsabilità del docente universitario o del dirigente medico ospedaliero e del medico di medicina generale, che ne danno formale attestazione sul libretto-diario. Ciascuno dei tre mesi viene valutato con un motivato giudizio espresso con punteggio numerico sulle capacità e attitudini del candidato. La valutazione di questi tre

periodi di tirocinio sarà effettuata sulla base di criteri definiti da una commissione ministeriale *ad hoc* ed inclusi nel libretto diario approvato dal MIUR. La valutazione del tirocinio comporta l'attribuzione di un punteggio massimo di 90 punti (30 per ogni periodo) (Art 2, comma 4): per essere ammesso a sostenere la prova scritta, il candidato deve conseguire un punteggio totale nei tre tirocini di almeno 60 punti, con un minimo di 18/30 per ciascun periodo (Art 2, comma 5), sottolineando che se il candidato supera ciascun tirocinio con il minimo punteggio (18/30) non viene ammesso a sostenere la prova scritta perché il punteggio totale non ha raggiunto i 60 punti minimi ($18 \times 3 = 54/90$).

Convenzione

Il tirocinio è organizzato dalle Università e, ove si svolga fuori dalle strutture universitarie, richiede una convenzione con gli Ordini dei Medici e con strutture del SSN (Art 2, comma 3).

La Commissione Ministeriale ha elaborato una proposta di Convenzione per cercare di uniformare l'espletamento della prova pratica dell'esame di stato nelle varie sedi universitarie. Per l'attivazione del "Tirocinio Pratico Valutativo" viene formata una Commissione paritetica composta di 8 componenti*, di cui quattro nominati dall'Università e quattro nominati dall'Ordine dei Medici (Commissione per l'Esame di Stato, CEST). La Commissione elegge tra i propri componenti il Presidente, e si impegna a redigere un resoconto finale dell'attività svolta a conclusione di ciascun anno accademico. Inoltre, la Commissione propone al Rettore la scelta dei tutori/valutatori (assicurando criteri di assoluta imparzialità, trasparenza ed assenza di conflitto di interesse) e compie il monitoraggio dell'attività mediante schede di valutazione. La Convenzione delinea anche i requisiti che devono avere sia i reparti ospedalieri/universitari che i medici di medicina generale per poter essere considerati idonei, rispettivamente ad accogliere i neo laureati e ad espletare la funzione di valutatori.

Il tirocinante è tenuto a:

a) svolgere le previste attività professionali osser-

¹ Alfred Tenore, Didattica pratica, attività formativa professionalizzante e tirocinio valutativo, un percorso formativo integrato, favorito dal nuovo ordinamento. Med. Chir 22, 849, 2003.

* In alcune Facoltà la Commissione è composta di dodici membri, quattro dei quali nominati tra i Direttori Sanitari delle Aziende Ospedaliere (NdR).

vando gli orari concordati e rispettando l'ambiente di lavoro e le esigenze dell'attività istituzionale;
 b) rispettare le norme in materia di igiene, salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
 c) attenersi alle vigenti norme di tutela della *privacy* garantendo l'assoluta riservatezza per quanto attiene i dati, informazioni e conoscenze acquisite durante lo svolgimento del tirocinio.

Il Libretto-diario

Ma cosa sarà valutato durante questo periodo di tirocinio? Come abbiamo già detto, poiché questo è un tirocinio "valutativo", ciò significa che sarà valutato qualcosa che i laureati dovrebbero già saper fare! L'attività del candidato durante i suoi mesi di tirocinio sarà quindi verificata secondo il grado di acquisizione delle competenze professionali acquisite con l'attività formativa professionalizzante del proprio corso di laurea. Queste "competenze professionali" sono state raggruppate in sette profili che sono i seguenti:

- 1) Capacità di intervistare e raccogliere dati anamnestici
- 2) Capacità di fornire informazioni e chiarimenti al paziente
- 3) Capacità relazionali (rapporto medico-paziente)
- 4) Comportamento personale del medico con il paziente
- 5) Profilo personale

- 6) Capacità cliniche gestuali
- 7) Capacità cliniche interpretative e decisionali.

Sono proprio queste aree ("profili delle competenze professionali") che vengono considerate e costituiscono, in modo dettagliato, il libretto-diario preparato dalla Commissione Ministeriale dell'esame di abilitazione alla professione medica, e con il quale il candidato sarà valutato.

È tuttavia importante ricordare e sottolineare che il "tirocinio" non deve valutare le capacità di fare lo "specialista" medico nel reparto medico che viene assegnato, lo "specialista" chirurgico nel reparto chirurgico di assegnazione né il medico di "medicina generale", bensì le capacità di saper "fare" il medico.

Prendiamo ora in considerazione il "libretto" in modo dettagliato. Esso è costituito di 14 pagine, delle quali la prima (fig. 1) contiene una sezione dove vengono riportate le generalità del candidato, informazioni su le polizze di assicurazione, ed informazioni sulla sede ospitante. In questa sezione, il "responsabile" non è necessariamente il valutatore (benché lo potrebbe essere), bensì il responsabile dell'unità operativa che ospiterà il candidato. Segue la sezione di "Firme per presa visione" dove dovranno porre la propria firma il candidato, i responsabili delle unità operative che lo ospiteranno e il presidente della Commissione

The form is titled "TIROCINIO VALUTATIVO PER L'ESAME DI STATO". It includes sections for:

- CANDIDATO:** Fields for name, address, phone, and email.
- Polizze Assicurative:** Checkboxes for insurance types and a field for the policy number.
- Sede Ospitante:** Fields for the hospital name, dates of the internship, and the responsible person's name and title.
- FIRME PER PRESA VISIONE:** Lines for the candidate, the responsible person, and the president of the commission.
- VALUTAZIONE IN ITINERE:** A section for the candidate to indicate if they have read the document, with "SI" and "NO" options.
- N.B.:** A note at the bottom stating the document must be submitted to the exam office of the university.

Fig. 1.

The form is titled "Certificazione della frequenza del Candidato". It includes:

- Signature lines for the candidate and the evaluator.
- A box for the evaluator's official stamp.
- Fields for the month (Aprile) and year (2004).
- A calendar grid for the month of April, with columns for "Firma del Valutatore" and "Firma del Valutatore".
- A note at the bottom: "* Giorno del mese".

Fig. 2.

Profilo della Competenza Professionale

← CAPACITÀ DI INTERVISTARE E RACCOLGERE DATI ANAMNESTICI →

Ambiti	Categorie valutative				Punteggi
	INSODDISFACENTE 14	APPENA SUFFICIENTE 18	BUONO 24	ECCELLENTE 30	
1) Chiarezza domande: • domande non chiare • domande multiple • domanda che suggerisce risposta	Chiarezza domande: • domande non sempre chiare • riformula domanda su richiesta	Chiarezza domande: • domande quasi sempre chiare	Chiarezza domande: • domande sempre chiare e comprensibili	24	
Domande aperte vs chiuse • inizia subito ad una chiusa • non una domande aperte • una serie di domande chiuse	Domande aperte vs chiuse • una due domande aperte nel primo minuto d'incontro	Domande aperte vs chiuse • una generalmente domande aperte all'inizio dell'incontro	Domande aperte vs chiuse • una sempre domande aperte all'inizio dell'incontro • uso efficace di domande chiuse di vertice quasi	30	
Uso di termini medici • usa spesso termini medici • i termini non vengono chiariti	Uso di termini medici • usa a volte termini medici • chiarisce solo su richiesta	Uso di termini medici • uso appropriato dei termini medici, chiariti su richiesta	Uso di termini medici • uso appropriato dei termini medici, con spiegazione	24	
Verifica e riepilogo • verifica l'informazione in modo non corretto • non verifica o riepiloga • non verifica informazioni vaghe	Verifica e riepilogo • verifica l'informazione in modo incompleto • usa tecniche diverse per verificare le informazioni	Verifica e riepilogo • generalmente verifica l'informazione • fa dei brevi riepiloghi almeno 2 volte	Verifica e riepilogo • verifica l'informazione durante l'intervista • fa dei brevi riepiloghi durante l'intervista	24	
Transizioni • conclude raramente un argomento prima di passare ad un altro	Transizioni • generalmente conclude un argomento prima di passare ad un altro	Transizioni • quasi sempre conclude un argomento prima di passare ad un altro	Transizioni • sempre conclude un argomento prima di passare ad un altro	30	
media $(a+b+c+d+e)/5$				26	

Fig. 3.

per l'Esame di Stato (CES). La sezione successiva indica se il candidato ha ricevuto dal suo valutatore un parere *in itinere* sul suo operato. La firma del candidato in questa sezione confermerà l'avvenuto colloquio tra valutatore e candidato, a metà tirocinio. Alla fine di questa prima pagina c'è la raccomandazione, rivolta al valutatore, che il libretto non va consegnato al candidato alla fine della specifica rotazione, bensì all'Ufficio Esame di Stato.

La seconda pagina (fig. 2) è dedicata alla certificazione della frequenza del candidato. Le prime due linee richiedono la sua firma e quella del valutatore. Lo spazio che segue sotto alle firme è riservato al timbro ufficiale del valutatore o del reparto dove il candidato viene seguito.

Negli spazi che richiede il mese e l'anno vanno, naturalmente inseriti il periodo di frequenza del candidato. Poiché ogni "rotazione" inizia con il 1° di ogni mese, le date con i relativi spazi rappresentano i giorni del mese e non il numero di giorni di frequenza.

In ogni spazio che affianca la data va inserito la firma del valutatore se il candidato ha frequentato, oppure il giorno "festivo" della settimana (per es. sabato, domenica o altra festività) se non ha frequentato. Se ci sono giorni feriali che il candi-

dato non ha frequentato occorre indicare se questa assenza è stata o meno concordata. È importante ricordare che la frequenza del tirocinio pratico valutativo deve prevedere un'attività non inferiore alle 100 ore mensili, modalità esecutive delle stesse concordate con il tutor/valutatore. Questa informazione dovrebbe essere inclusa nella sezione "Note" nell'ultima pagina riservata al valutatore per redigere, alla fine del tirocinio, la sua relazione conclusiva.

La terza pagina include le istruzioni per la compilazione delle specifiche schede dei sette profili professionali che seguono.

L'attività del candidato durante il suo mese di Tirocinio sarà valutata secondo competenze professionali che sono state raggruppate nei sette profili indicati precedentemente. Ciascun profilo è composto da più ambiti, da 4 a 6 per ogni profilo (fig. 3). Ognuno di questi "ambiti" deve essere valutato in base a quattro categorie (*insoddisfacente*, *appena sufficiente*, *buono* ed *eccellente*); a ciascuna di esse corrisponde un punteggio che va da "14" (corrispondente a "insoddisfacente") fino a "30" (corrispondente ad "eccellente"). Il punteggio ottenuto dal candidato viene inserito nel quadrato posto a destra dell'ambito valutato. Dopo aver fatto questo per ciascun "ambito" con-

Valutazione sintetica

8) SODDISFAZIONE (IMPRESSIONE) – VALUTAZIONE SINTETICA

Sei rimasto soddisfatto della preparazione complessiva del candidato?

Per Nulla 14	Molto Poco 18	Poco 22	Sì 26	Molto 30	
Esiste dubbio sulla competenza del candidato e sulle sue capacità nel rapporto interpersonale	Consistenti carenze di rapporti interpersonali con competenze professionali soddisfacenti	Consistenti carenze di competenze professionali con rapporti interpersonali soddisfacenti	Competenze professionali e capacità di rapporti interpersonali soddisfacenti	Forte competenza clinica e capacità di rapporto interpersonale	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

Gradiresti Acquisire il Candidato come tuo collaboratore?

Per Nulla 14	Molto Poco 18	Poco 22	Sì 26	Molto 30	
					<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
					$(a + b) / 2 =$ <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

Fig. 4.

tenuto in quel particolare profilo, si calcola la media, dividendo la somma ottenuta per il numero di ambiti che sono stati valutati, arrotondandola per eccesso o per difetto. Se un profilo è composto da cinque ambiti ma il valutatore ha ritenuto che solo quattro dei cinque ambiti potevano essere accuratamente valutati, dividerà la somma solo per il numero di ambiti utilizzati.

Esiste un'ottava categoria inserita come "Profilo Professionale" che chiede se il valutatore è rimasto soddisfatto della preparazione complessiva del candidato e se gradirebbe acquisire il candidato come suo collaboratore. La valutazione di questo profilo è leggermente diversa dalle altre (fig. 4).

Il "libretto" è stato anche ideato con la possibilità di trasformare la valutazione del candidato in una scala numerica in "trentesimi", come richiesto dalla normativa. Il punteggio finale di ciascun "profilo" (la media degli "ambiti") viene riportato nella corrispondente casella sul foglio del *Giudizio Riassuntivo-Conclusivo del Candidato* cerchiando la "categoria valutativa" corrispondente alla media del voto numerico ottenuto nel "profilo" (fig. 5). Nella colonna di destra del foglio del *Giudizio Riassuntivo-Conclusivo del Candidato* viene riportato il numero in grassetto, da "1" a "4", che corrisponde al giudizio valutativo conclusivo. La somma di tutti i giudizi finali costituisce il voto del candidato in trentesimi.

L'ultima pagina del libretto contiene il foglio delle "Note e/o Commenti" che il valutatore dovrà riempire alla fine del tirocinio pratico del

candidato. In questo foglio il valutatore dovrebbe indicare problemi generali e particolari incontrati con il candidato e soprattutto motivare le valutazioni troppo basse o troppo alte.

Linee guida per l'esecuzione della prova pratica

Le linee guida che seguono sono state suggerite dalla Commissione Ministeriale, sempre per cercare di rendere uniformi le procedure che portano all'espletamento della prova pratica dell'esame di stato.

Il Rettore si avvale della CES con l'ausilio degli esistenti uffici universitari adibiti all'Esame di Stato, per l'accesso all'esame e per il normale funzionamento e svolgimento delle pratiche direttamente ed indirettamente connesse con l'espletamento dei tirocini pratici valutativi e della prova scritta. La Commissione Nazionale ritiene auspicabile che la Commissione Giudicatrice (CG) prevista dall'articolo 3 del DM 445/2001 sia la stessa prevista dagli articoli 4 e 5 dello schema "tipo" di convenzione Università-Ordine dei Medici (CES), e che sia composta in modo da prevedere la rappresentanza delle diverse componenti mediche interessate al tirocinio pratico valutativo.

Il candidato inoltra la domanda, indirizzata al Magnifico Rettore dell'Università dove intende sostenere l'esame di abilitazione, alla Segreteria per l'Esame di Stato attiva presso ciascuna Facoltà utilizzando un apposito modulo prestampato (fig. 6), trenta giorni prima dell'inizio della sessione. E' da ricordare che tale modulo va trasmesso

successivamente alla Commissione Esame di Stato e segue l'iter del candidato sino alla tappa finale della prova scritta.

La CES (o la GS laddove esiste) con modalità *random* designerà i reparti Universitari e/o Ospedalieri nonché i Medici di Medicina Generale tutori/valutatori presso i quali il Candidato dovrà svolgere la parte pratica. Anche se la scelta iniziale sarà *random*, essa verrà poi confrontata con le informazioni contenute nel "Modulo di Richiesta" di ammissione all'esame di abilitazione per assicurare criteri di assoluta imparzialità, trasparenza, assenza di conflitto di interesse e tenendo conto del territorio provinciale di residenza e della distanza dalla sede di residenza o del domicilio abituale.

La CES (o la CG laddove esiste) comunicherà, al candidato, per il tramite degli uffici universita-

ri adibiti all'esame, mediante *e-mail* e affissione, l'assegnazione delle rotazioni per il tirocinio pratico invitandolo a ritirare i tre "libretti" di valutazione presso gli uffici stessi, firmati, per presa visione del libretto per conto dell'Università, dal Presidente della Commissione.

Ad ogni candidato vengono consegnati, contemporaneamente, un libretto per ciascuna delle tre prove del tirocinio pratico debitamente compilato. Il Candidato consegnerà il libretto al suo valutatore all'inizio di ciascuna rotazione. Il libretto viene tenuto dal valutatore nel corso della rotazione del candidato. Dopo due settimane il valutatore è tenuto a dare al candidato un parere *in itinere* riguardante il suo operato per aiutarlo a correggere eventuali carenze emerse e che si spera possano essere colmate prima del giudizio finale.

Alla fine delle quattro settimane il tutor valute-

rà il candidato secondo i criteri specificati, compilando il libretto in ogni sua parte; lo riconsegnerà successivamente, con i mezzi più idonei, alla CES (o CG), senza che il candidato conosca l'esito della prova. E' importante che ciascun tutor valuti il candidato senza alcun *bias* (senza sapere come è stata la sua *performance* nei tirocini precedenti) affinché il parere di ciascuno sia quanto più possibile non influenzato dall'esito della prova precedente, non influenzi la prova successiva e non condizioni il risultato finale delle prove complessive

Alla fine delle prove, la CES (o la CG) completa il modulo della "Richiesta" con i risultati individuali delle tre prove e la loro somma in novantesimi; il Presidente quindi firma il modulo che insieme ai tre "libretti" per ciascun candidato viene trasmesso alla Segreteria dell'Esame di stato dell'Università, che provvede a trasmettere i risultati all'Università indicata dal Candidato come sede della prova scritta (in caso questa sia diversa da quella della prova pratica). Successivamente, ogni Ufficio Esame di Stato dell'Università, sede della prova scritta, comunica (almeno tre giorni prima della prova scritta) alla Commissione della propria Università, i nomi (e la sede di provenienza) dei can-

TIROCINIO				
GIUDIZIO RIASSUNTIVO-CONCLUSIVO DEL CANDIDATO				
Nome del Candidato		Tirocinio effettuato		Data
1) Intervista al paziente e raccolta dei dati anamnestici: (Chiarezza delle domande, domande aperte vs chiuse, uso di termini medici precisi, sintesi e transizioni)				
Insoddisfacente 1 (14-17)	Appena Sufficiente 2 (18-22)	Buono 3 (23-26)	Eccellente 4 (27-30)	3
2) Capacità di fornire informazioni e chiarimenti al paziente: (Informazioni fornite, conclusioni, linguaggio usato, sintesi e collegamenti)				
Insoddisfacente 1 (14-17)	Appena Sufficiente 2 (18-22)	Buono 3 (23-26)	Eccellente 4 (27-30)	4
3) Rapporto medico-paziente: (Attenzione, linguaggio corporeo, sicurezza, atteggiamento, capacità di ascolto/attenzione e dare supporto)				
Insoddisfacente 1 (14-17)	Appena Sufficiente 2 (18-22)	Buono 3 (23-26)	Eccellente 4 (27-30)	3
4) Comportamento personale del medico: (Sensibilità, conduzione dell'utente obiettivo, umore, presentazione e igiene personale)				
Insoddisfacente 1 (14-17)	Appena Sufficiente 2 (18-22)	Buono 3 (23-26)	Eccellente 4 (27-30)	3
5) Profilo Personale: (Affidabilità, Stabilità emotiva, condotta sul lavoro, rapporti interpersonali, caratteristiche personali)				
Insoddisfacente 1 (14-17)	Appena Sufficiente 2 (18-22)	Buono 3 (23-26)	Eccellente 4 (27-30)	4
6) Capacità Cliniche - 1: (Uno clinico delle conoscenze, anamnesi, esame obiettivo, diagnosi diff. ed elenco problemi)				
Insoddisfacente 1 (14-17)	Appena Sufficiente 2 (18-22)	Buono 3 (23-26)	Eccellente 4 (27-30)	3
7) Capacità Cliniche - 2: (Indagini diagnostiche e piani terapeutici, Compilazione cartelle cliniche, Comunicazione orale, Capacità tecniche, decisionali e di auto-apprendimento)				
Insoddisfacente 1 (14-17)	Appena Sufficiente 2 (18-22)	Buono 3 (23-26)	Eccellente 4 (27-30)	3
8) Valutazione Sintetica - Soddisfazione: (Sei ritenuto soddisfatto della preparazione complessiva del candidato? Gradiresti acquisire il candidato come tuo collaboratore?)				
Per Nulla 0 (14-17)	Molto Poco 1 (18-21)	Poco 2 (22-24)	Sì 3 (25-27)	2
				Totale : 25
Valutatore: Nome e cognome		Firma		Qualifica
Iniziale		Iniziale		Telefono
				Città

Fig. 5.

Esame di Stato, riflessioni e proposte

Paola Binetti (Roma) per il Gruppo di Studio per la preparazione dell'Esame di Stato

1. L'attuale struttura dell'Archivio delle Domande a scelta multipla disponibili sul sito è la seguente:

DSM PRECLINICHE	Proposte	%	Reali	%
Morfologia	130	5%	184	8%
Fisiologia	840	35%	877	38%
Patologia	700	30%	639	28%
Farmacologia	280	10%	301	13%
Metodologia e deontologia medica	500	20%	297	13%
TOTALE	2500	100%	2298	100%

DSM CLINICHE	Proposte	%	Reali	%
Medicina Interna e Specialistiche	750	30%	1715	47%
Chirurgia generale e specialistiche	550	25%	672	19%
Pediatria	360	15%	191	5%
Ostetricia e ginecologia	280	10%	351	10%
Diagnostica	280	10%	176	5%
Sanità Pubblica Medicina legale e del lavoro	280	10%	493	14%
TOTALE	2500	100%	3598	100%

L'attuale assetto delle domande proviene dal 70% delle Facoltà di Medicina ed è stato inserito da un gruppo di colleghi di buona volontà e ripetutamente controllato nelle diverse sezioni da altri Colleghi, che se ne sono fatti carico. Tra i Revisori della ultima fase voglio ricordare in particolare: Capani e Borgia, per la Medicina interna, Terranova per la Chirurgia, Tenore per la Pediatria, Nardi per l'Igiene e la Sanità pubblica, Tomasi per la Patologia, Mugelli per la farmacologia, Marzia Galli Kienle per la Biochimica e la Fisiologia, Del Rio per la Biologia e la Deontologia, oltre a molti altri. Ci siamo ritrovati a lavorare insieme numerose volte e ci siamo tenuti in costante contatto attraverso la posta elettronica.

Abbiamo lavorato e fatto lavorare molto, abbiamo imparato tutti molte cose e ci siamo resi conto della complessità del compito che ha coinvolto tutti noi e che nel giro di poche settimane coinvolgerà gli studenti. Per questo ci sembra urgente condividere alcune riflessioni, che riguardano le prossime tappe del lavoro da compiere.

2. La principale debolezza dell'attuale archivio è la ridondanza di domande di tipo cognitivo rispetto a quelle che dovrebbero valutare abili-

tà più complesse come la capacità di analizzare problemi e di prendere delle decisioni.

Il 77% sono di tipo conoscitivo e meno del 25% complessivo richiedono competenze più elaborate: il 7,7% richiedono capacità decisionali e il 14% la capacità di risolvere problemi. Probabilmente una revisione della modalità di formulazione delle domande potrebbe fin da ora spostare il livello tassonomico complessivo dell'esame verso forme di ragionamento meno vincolate alla capacità di ricordare dati e informazioni acquisite durante i sei anni di corso.

Poiché almeno un 20% delle domande dell'archivio va rinnovato anno per anno è importan-

DSM	Conoscitive	Decision Making	Problem Solving	Totali
Precliniche	1901 (82,7%)	76 (3,3%)	321(13,9%)	2298
Cliniche	2680 (74,4%)	380 (10,5%)	538 (14,9%)	3598
Totali	4581 (77,6%)	456 (7,7%)	859 (14,5%)	5896

te che ci prodighiamo in tal senso stimolando colleghi di tutte le aree a formulare i loro quesiti in modo più problematico e meno nozionistico. Le CTP di ogni Facoltà dovrebbero stimolare un laboratorio didattico in cui si potessero preparare in modo continuativo le domande da proporre per la Commissione nazionale. Credo



che ragionevolmente in questo laboratorio didattico potrebbero collaborare anche studenti degli ultimi anni e specializzandi. La capacità di preparare domande può diventare per loro un buon modo di allenarsi alla soluzione e soprattutto potrebbe essere valutata tanto quanto altre forme di performances intellettuali degli studenti.

Come è già emerso in altri incontri della Conferenza varrebbe la pena inserire nei Regolamenti didattici una clausola che vincoli una percentuale del voto d'esame, in ogni esame, ma soprattutto in quelli dei Corsi integrati, ad una parte scritta. Ciò obbligherebbe gli studenti ed i docenti ad allenarsi per quanto di loro competenza.

3. Almeno per i prossimi due anni conviene pensare anche a delle sessioni di lavoro di gruppo in cui gli studenti, dopo essersi sottoposti ad una serie di batterie miste di DSM, analizzano con un gruppo di tutori il perché dei loro errori e il perché delle risposte esatte, indicate nell'archivio. Oltre a vincere una naturale ansia, che potrebbe scattare davanti alla novità delle richieste che pone il nuovo Esame di Stato, questo allenamento alla discussione in gruppo potrebbe contribuire efficacemente a migliorare la preparazione complessiva degli Studenti, attraverso una riflessione serena sulla qualità della loro preparazione.

Per noi Presidenti di CCL sarebbe troppo poco accontentarci dell'indicatore quantitativo del livello di *performance* raggiunta, ammettendo che si tratti di un valore sufficientemente positivo da consentire il superamento della

prova (60 punti complessivi, in ciascuna delle due prove per complessivi 120 punti).

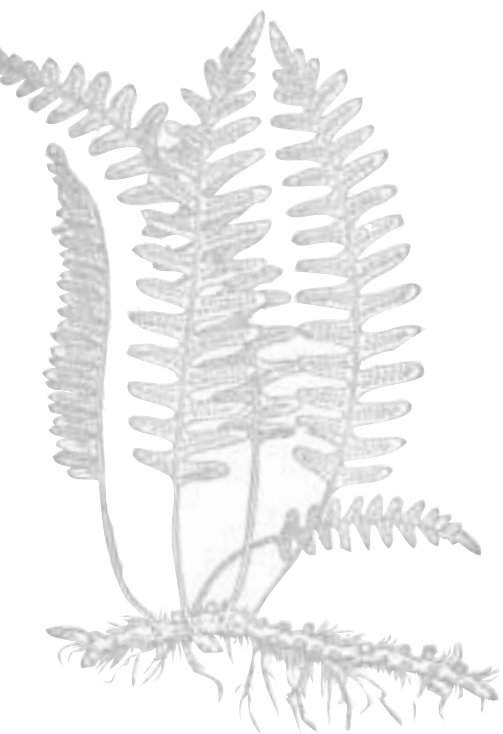
L'obiettivo formativo più interessante per noi dovrebbe essere il cambiamento che può prodursi negli studenti nel momento in cui si sentono esposti a nuove sollecitazioni e si concentrano sul proprio stile di apprendimento e di lavoro. Un passaggio possibile potrebbe essere:

- a. dalla autovalutazione oggettiva: i risultati ottenuti di volta in volta, in ogni collegamento al sito;
- b. all'auto-percezione della propria preparazione: cosa non so e non credevo di non sapere;
- c. per innescare un processo di autoregolazione del loro studio: come e con chi posso intervenire;
- d. per migliorare sia i risultati ottenuti che la consapevolezza della propria auto-efficacia.

Non basta sollecitare gli studenti a fare e rifare le stesse batterie di domande più volte per migliorare quasi meccanicamente, mnemonicamente; occorre stimolare in loro una riflessione sistematica sull'errore e sulle strategie di soluzione, per fare leva su aspetti di metacompetenza, anche attraverso la possibilità di lavorare in gruppo, di discutere, di mettersi sia in atteggiamento di collaborazione che di competizione.

In questa prima fase dell'introduzione dell'Esame di Stato potrebbe essere utile sollecitare gli studenti a mettere per iscritto anche le ragioni delle loro scelte, per poi confrontarle, raccogliere le migliori e farle circolare, come una sorta di aiuto alla riflessione per la soluzione dei problemi. Con il tempo tutto ciò diventerà così naturale da essere inutile.

4. Lo stretto rapporto cronologico che lega l'Esame di Stato e l'esame di ammissione alle Scuole di Specializzazione, obbliga a tenere conto delle necessarie congruenze che debbono esserci tra archivio delle DSM per l'Esame di Stato e archivio delle domande per gli Esami di ammissione alle Scuole di specializzazione, almeno per quanto concerne la parte generalista di quest'ultimo. Una ipotesi interessante da prendere in esame potrebbe essere quella di partire da un più vasto e comune archivio generalista, pubblicato e disponibile in un unico sito, come fonte di esercizio e di allenamento da parte dello studente. Se ben costruito questo archivio unico potrebbe rappresentare una sorta di *Syllabus*, in cui è contenuto tutto ciò che è indispensabile sapere, sia per accedere ad una



scuola di specializzazione che per accedere alla Scuola di Medicina generale.

Sarebbe assurdo pensare ad uno studente che avendo superato da poche settimane l'esame di Stato, non fosse in grado di sostenere una prova sostanzialmente simile nella parte generale, mentre è possibile ipotizzare che si collochi più in basso in una determinata graduatoria, per cui altri potrebbero essergli preferiti, oppure che manchi delle competenze più specifiche che rappresentano i requisiti di accesso ad ogni singola Scuola di specializzazione.

In ogni caso la Conferenza dovrebbe farsi portavoce di una sostanziale unificazione di questo lavoro di raccolta delle DSM ad unico vantaggio dello studente e a supporto di una effettiva correlazione tra i risultati ottenuti nelle diverse prove.

5. Un'ultima riflessione riguarda il notevole assorbimento di risorse in termini di tempo che questo lavoro ha comportato per tutti i Presidenti, dalla fase di progettazione e di selezione delle domande - non delegabile - alla fase di inserimento e di controllo delle domande stesse. In definitiva si tratta di un lavoro realizzato per conto del MIUR e dovrebbe essere

possibile richiedere a nome della Conferenza qualche risorsa di carattere economico-organizzativo, ipotizzando una sorta di contratto per lavoro atipico per una persona che unificasse una parte di tutto questo lavoro materiale di immissione dati. La proposta migliore, quella più completa ed articolata, dovrebbe però sollecitare l'attivazione di un piccolo gruppo di studio per andare monitorando in questi primi anni i risultati che via via si ottengono, grazie anche al supporto di *e-learning* che l'archivio in rete può offrire agli studenti. E' una esperienza anche metodologicamente nuova, con un campione così ben stratificato che sarebbe davvero un peccato non sfruttare l'opportunità di studio che offre, proprio in termini di FAD. E' possibile che nel MIUR ci siano dei fondi disponibili che potrebbero essere attivati in questo senso, nell'interesse anche "politico" di dare ragione del lavoro che si sta facendo in termini di formazione al cambiamento e non solo di mera radiografia dei risultati ottenuti nelle diverse Facoltà. Perché a questo punto si potrebbe sperimentare anche un modello di Tutor *on line* nelle facoltà, molto utile per garantire agli studenti un supporto continuo.

TRIFOGLIO ASPHALTITE



La mobilità internazionale nell'ambito della didattica dei Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie

Rita Roncone (L'Aquila)

Introduzione

Sovrastimando, come abitualmente, la mia capacità di *problem-solving*, quando circa due anni fa alcuni studenti piuttosto brillanti del Corso di Laurea in Infermiere sono venuti da me per chiedermi di voler effettuare un periodo di studi in Francia con il Progetto SOCRATES-ERASMUS, immediatamente mi sono data disponibile a chiedere di ampliare l'accordo che avevamo con le nostre sedi francesi, in qualità di Delegato per le Relazioni Internazionali della Facoltà. Ho fatto partecipare gli studenti alle selezioni di rito e, dopo aver inviato i loro nominativi quali vincitori presso le sedi francesi, con mia sorpresa, dopo qualche ora mi sono vista recapitare un fax in cui i colleghi francesi mi chiarivano che non potevano accordarsi con me in tal senso, perché le loro sedi universitarie non sono responsabili della formazione degli infermieri.

La profonda delusione dei due studenti che avevano già programmato il loro soggiorno di studi in Francia, che lo avevano già comunicato a parenti, amici e fidanzate/i (a quest'ultime/i, mi è parso, con un malcelato sentimento di euforia), mi ha spinto ad occuparmi in maniera molto determinata della problematica della mobilità degli studenti delle professioni sanitarie.

Anche la Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni sanitarie si è intenerita a sentire la storia di questi studenti, del loro vissuto di esclusione e del sentimento di profonda depressione in cui piombarono.

Mobilità, non solo ricerca

La mobilità degli studenti e dei docenti nell'ambito della didattica universitaria, e non solo della ricerca, rappresenta attualmente una tradizione ben consolidata, pervicacemente inseguita, con flussi non particolarmente elevati, ma progressivamente in continua crescita.

Le principali misure dedicate alla promozione di scambi internazionali nella didattica universitaria si avvalgono di:

- borse di studio assegnate annualmente dal Ministero degli Esteri;
- convenzioni *ad hoc* con specifiche istituzioni attivate dai singoli Atenei e da quest'ultimi sostenute economicamente;

- programmi SOCRATES-ERASMUS (*higher education*) con i paesi dell'Unione Europea.

Tale breve relazione verterà principalmente sulla necessità di potenziare una delle misure di mobilità più popolari attualmente utilizzata nella formazione universitaria, quale quella degli scambi ERASMUS-SOCRATES, nell'ambito dei corsi di laurea delle professioni sanitarie. Obiettivo di questa riflessione è porre operativamente l'attenzione sull'importanza di questa specifica misura che deve essere garantita a tutti gli studenti universitari in considerazione dei molteplici vantaggi che ne derivano per gli studenti, i docenti e per le Facoltà.

La mobilità ERASMUS-SOCRATES

L'ERASMUS ha l'obiettivo di favorire la cooperazione transnazionale e lo scambio di studenti e docenti tra gli Istituti di Istruzione Superiore dei Paesi partecipanti al Programma, che verranno di seguito elencati.

La denominazione del programma rimanda al leggendario Erasmo da Rotterdam, umanista olandese d'espressione latina (Rotterdam 1469 circa – Basilea 1536), ragazzo erudito e geniale, dall'esistenza movimentata e spesso disagiata, che viaggiò e studiò in mezza Europa, con forte spirito cosmopolita. In realtà, il termine ERASMUS fa riferimento all'acronimo European Community Action Scheme for Mobility of University Students.

Obiettivo principale del programma SOCRATES è realizzare un'Europa della conoscenza promuovendo l'istruzione lungo tutto l'arco della vita, incoraggiando l'accesso di tutti all'apprendimento, e in particolare all'apprendimento delle lingue in modo da favorire la mobilità all'interno dell'Unione, sostenendo l'innovazione, in modo da affrontare le sfide della civiltà tecnologica.

Lo strumento per realizzare l'obiettivo è la cooperazione transnazionale, una cooperazione da realizzare attraverso la messa a punto di progetti comuni, la mobilità di alunni, studenti e docenti, lo studio e l'analisi congiunta dei sistemi di istruzione, la formazione europea dei docenti, il riconoscimento reciproco dei titoli di studio.

Paesi partecipanti

SOCRATES è aperto alla partecipazione:

- dei quindici Stati membri dell'Unione Europea: Belgio, Danimarca, Germania, Grecia, Spagna, Francia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Austria, Portogallo, Finlandia, Svezia e Regno Unito;
- dei tre paesi dello Spazio Economico Europeo: Islanda, Liechtenstein, Norvegia;
- dei seguenti undici paesi associati: Bulgaria, Cipro, Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Ungheria.

Le motivazioni che spingono gli studenti a trascorrere un periodo di studi fuori dalla propria sede e dal proprio paese possono essere le più varie. Molto spesso sono legate alla possibilità di condurre un'esperienza di vita autonoma, sfidandosi nelle capacità di apprendimento e perfezionamento di saperi tecnico-professionali e di abilità linguistiche, nelle abilità di fronteggiamento dei problemi e di adattamento ad un diverso contesto culturale.

Del resto, a livello europeo, la crescita dell'UE è stata sempre intesa come legata non solo alla condivisione di alcuni principi, normative ed all'utilizzazione della stessa moneta, ma anche al potenziamento della condivisione di esperienze di vita, di studio e di lavoro dei cittadini membri dell'UE, quale base di un approfondimento conoscitivo umano in grado di vincere stereotipi e pregiudizi culturali per permettere l'apprezzamento e l'integrazione delle diversità.

Al di là dello sviluppo di ipotesi sulle motivazioni che possono spingere a livello individuale gli studenti universitari ad accettare di trascorrere da 3 ai 12 mesi del proprio percorso di studio fuori dalla propria sede universitaria, l'iscrizione ad una facoltà scientifica, come quella di Medicina e Chirurgia, rende più complessa per lo studente la scelta della mobilità, sulla base delle problematiche che cercheremo di identificare di seguito.

Le problematiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia

Le problematiche più generali inerenti la mobilità degli studenti e dei docenti nell'ambito della didattica universitaria nella Facoltà di Medicina e Chirurgia sono riferibili a diversi fattori, quali:

- la maggior enfasi posta sulla ricerca rispetto alla didattica,
- la maggior rigidità dei piani di studio rispetto a quelli di altre facoltà,

- la predominanza dell'uso scientifico della lingua inglese che spinge gli studenti a considerare un'inutile esercizio lo studio di altre lingue diverse dall'inglese,

- la disomogenea conduzione e valutazione dei tirocini pratici.

Non ultimo, si percepisce spesso il timore dei docenti che gli studenti possano "sfuggire" alla loro valutazione aggirando in tal modo le aree di studio di presumibile maggior severità.

La mobilità nelle facoltà mediche è sempre stata di gran lunga inferiore a quella delle altre facoltà, quali quelle umanistiche, per esempio, e la valutazione delle mobilità in entrata ed in uscita molto deludente rispetto agli sforzi fatti per lo sviluppo di un buon volume di scambi nella reciprocità. Peraltro tale carenza di mobilità sembrerebbe, a volte, sottendere una reciproca diffidenza e sospettosità circa l'accreditamento formativo e scientifico tra istituzioni.

Le problematiche dei Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie

Per i Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie il problema è ancor più rilevante per via dell'impossibilità di reperire nei paesi europei i tradizionali *partners istituzionali*, ovvero le università. Sono, infatti, di frequente assenti istituzioni universitarie che si occupano di formazione nel campo delle professioni sanitarie ed è necessario identificare le istituzioni formative professionali riconosciute nell'UE (ad esempio, le agenzie formative regionali non sono incluse fra quelle nazionali).

L'identificazione delle sedi formative eleggibili nei diversi paesi

Ogni anno nel mese di ottobre le Agenzie Nazionali SOCRATES dei paesi afferenti all'UE forniscono un elenco di istituzioni formative "eleggibili", i cui nominativi sono accessibili solo tramite web sul sito www.socleoyouth.be.

Nell'ambito delle diverse professioni, per ogni diverso paese, andranno identificate e vagliate sedi formative che potranno essere oggetto di scambi di mobilità.

L'Agenzia Nazionale italiana SOCRATES ha sede a Roma, in Via delle Montagne Rocciose 60, CAP 00144, www.indire.it/socrates.

Gli svantaggi della carenza di mobilità

La carenza di mobilità nei corsi di Laurea delle Professioni sanitarie priva gli studenti di tali Corsi di Laurea di una esperienza formativa e di vita. Infatti, pur penalizzando gli studenti delle classi socio-economiche più svantaggiate, i programmi

europei ERASMUS-SOCRATES appaiono oggi, nel panorama dell'Università italiana, come una consolidata opportunità di "sprovincializzare" i *curriculum* formativi, di confronto e di scambio. Forse in un prossimo futuro si potrebbe parlare anche di ampliare agilmente le opportunità lavorative anche fuori dai confini nazionali.

Un ulteriore aspetto problematico è rappresentato dalla carenza di mobilità dei docenti. I docenti universitari possono infatti usufruire principalmente della *Teaching Staff mobility* (della durata da 1 a 8 settimane) per effettuare visite didattiche preparatorie e brevi periodi di docenza, con il rimborso delle spese di viaggio, vitto ed alloggio. Si dovranno mettere a punto specifiche strategie amministrative che permettano la mobilità anche ai docenti non universitari, che contribuiscono grandemente alla crescita professionalizzante degli studenti, ma che in relazione all'appartenenza ad una diversa amministrazione non possono godere di tali misure. Il supporto economico alla mobilità docenti è piuttosto esiguo, ma l'esperienza didattica che viene effettuata rappresenta un patrimonio di stimolo e miglioramento con ricadute positive sul contributo che il docente porta allo stesso Corso di Laurea.

Per finire, le stesse Facoltà di Medicina, che vedono crescere progressivamente la presenza degli studenti e dei docenti delle lauree delle professioni sanitarie con l'ampliamento delle offerte didattiche, potrebbero risentirne in merito alla loro stessa valutazione complessiva. Allo stato attuale, l'indagine del Censis, tradizionalmente pubblicata su Repubblica, riporta cinque parametri di valutazione, quali la produttività, la didattica, la ricerca, il profilo dei docenti, ed i rapporti con l'estero. In questo ultimo parametro, vengono regolarmente conteggiate anche le borse ERASMUS utilizzate in genere nei due anni precedenti in rapporto agli studenti iscritti (meno gli immatricolati) ed al numero dei docenti. Fino ad oggi sono state, dunque, premiate le Facoltà che, in rapporto percentuale, danno maggiore possibilità agli studenti di partecipare ad esperienze internazionali con i progetti Erasmus, apprezzando la capacità del corpo docente di realizzare accordi internazionali per la mobilità degli studenti attraverso gli stessi progetti.

Che fare? Alcune iniziali proposte

Nell'ambito della Conferenza sono state avanzate diverse proposte, quali:

1. identificare almeno un "referente per le relazioni internazionali" per ogni professione;
2. effettuare/reperire buone traduzioni in lingua

inglese delle guide e dei *core-curriculum* dei Corsi di Laurea già disponibili da includere nel sito web della Conferenza (gli spazi Relazioni Internazionali delle Università potrebbero avere dei *link* con tale sito);

3. identificare le specifiche disponibilità di mobilità da parte di enti formativi dell'UE nell'ambito delle istituzioni eleggibili, sommerse, spesso di "bassa visibilità" e richiedere i loro *information packages*;

4. produrre un *data base* facilmente accessibile che sia di riferimento a livello nazionale e che includa il *feed-back* di gradimento delle proposte didattiche (sulla base della valutazione "pionieristica" di studenti e docenti che hanno già effettuato mobilità presso tali istituzioni).

Il lavoro da fare è sicuramente molto complesso e deve, forse, vincere l'ostacolo principale di considerare i Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie quali sempiterni "lauree brevi".

Conclusioni

Nel nostro paese attualmente alcuni Corsi di Laurea in diverse sedi universitarie impiegano la formula del "tirocinio breve" presso sedi europee, formula principalmente destinata all'apprendimento delle attività tecnico-pratiche e che *by-passa* il nodo della formazione nella sua completa articolazione con gli insegnamenti teorici. Ma non ci accontentiamo...

Il nostro impegno deve andare, in primo luogo, verso il superamento di una possibile discriminazione alla mobilità europea (ed internazionale) degli studenti e dei docenti delle professioni sanitarie, con la costruzione preliminare di una agile rete informativa sulle buone opportunità formative nell'UE. Di seguito, il nostro impegno dovrà essere indirizzato al potenziamento delle misure economiche nell'ambito di una mobilità che deve farsi sempre più "sostenibile" ed alla valorizzazione nei nostri Atenei dell'esperienza formativa che gli studenti potrebbero condurre, per essere delle persone che accettano le sfide, competenti a livello scientifico, umano e relazionale.

Bibliografia essenziale in rete

SOOCRATES: <http://www.bdp.it/socrates/>

SOOCRATES, LEONARDO & Youth TAO: www.socleoyouth.be

Agenzia Italiana Socrates: www.indire.it/socrates

Simpatico sito WEB per studenti, Caffè ERASMUS: <http://erasmus.indire.it/>

La valutazione del tirocinio nel corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Milano

Anne Destrebecq, Marta Nocchi, Fabrizio Vezzoli ed Antonio Pagano (*Milano*)

Introduzione

Nella formazione infermieristica il tirocinio ha sempre avuto una valenza centrale, in quanto elemento di collegamento tra sapere disciplinare e sapere pratico, entrambi in costante evoluzione; nel corso del tempo è andato svolgendo una funzione ancora più pregnante, assumendo, attualmente, una franca connotazione clinica.

Rappresenta quindi un momento nodale del corso di laurea in Infermieristica, in quanto rappresenta una modalità essenziale per l'acquisizione delle competenze professionali proprie dell'infermiere ed un imprescindibile contesto di apprendimento privilegiato, nel quale lo studente ha la possibilità di verificare nella pratica le proprie conoscenze e applicare il piano di assistenza infermieristica. In definitiva il tirocinio, meglio sarebbe dire la pratica clinica, rappresenta anche il più valido strumento per far acquisire capacità cliniche e relazionali, altrimenti non facilmente acquisibili, a chi si vuol dedicare a questa professione. La pratica clinica faciliterà, inoltre, le scelte degli studenti nei successivi orientamenti professionali.

Per l'importanza del suo ruolo nella maturazione professionale il tirocinio si configura, al pari delle altre professioni di area sanitaria, come una parte della formazione che si caratterizza per la continua evoluzione; ciò anche per quanto riguarda, in particolare, la fase della sua valutazione; che non può limitarsi alla verifica delle sole capacità operative e manuali, ma deve ricomprendere anche le capacità di elaborare ed applicare informazioni in contesti diversificati, nonché quelle di saper esprimere un adattamento delle conoscenze per prendere le più adeguate decisioni e assumere le conseguenti responsabilità.

Per questi motivi nell'ambito del corso di laurea di Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano si è sentita l'esigenza, dopo alcuni anni di esperienza, di effettuare una verifica critica, che, prendendo in considerazione la valutazione del tirocinio, dei suoi strumenti e delle modalità stesse del suo esame di profitto, permettesse di intraprendere un percorso di miglioramento e, nel contempo, favorisse il processo di armonizzazione fra le dieci sezioni, derivanti da altrettante

Scuole regionali, in cui è articolato il corso. A tal fine è stato costituito un gruppo di lavoro (*), composto da Tutori professionali e da Coordinatori didattici delle diverse sezioni del corso, che ha seguito un percorso di confronto delle diverse realtà operative ed ha contribuito alla messa a punto di un sistema valutativo condiviso ed omogeneo nell'intero corso di laurea.

Le strategie di valutazione del sistema formativo

Il primo obiettivo è stato quello di concordare una medesima visione del processo di valutazione, giungendo a condividere una serie di concetti qui di seguito riportati.

Valutare l'apprendimento costituisce il punto nodale di qualsiasi processo educativo; accettando la definizione di educazione come "processo il cui scopo essenziale è quello di facilitare modificazioni del comportamento", ne consegue la necessità di verificare se e in quale misura tali cambiamenti siano raggiunti nel corso o al termine di un ciclo di apprendimento/insegnamento. Un limite è rappresentato, però, dal fatto che non viene considerato il contesto nel quale si esplica l'azione valutativa.

Considerare il processo valutativo nell'ottica del contesto implica il passaggio dalla visione del *measurement* a quello della *comprehension*, in primo luogo del discente, nella complessità della sua persona. Il processo valutativo, inoltre, deve essere il più possibile oggettivo e consta, nella specificità del nostro caso, di quattro variabili tra di loro correlate: il valutato, chi valuta, la persona assistita, l'ambiente clinico.

La valutazione si fonda su una serie di principi docimologici, che vengono qui di seguito rapidamente presi in considerazione.

Le attitudini e le capacità dello studente devono essere valutate in relazione agli obiettivi di apprendimento, chiaramente definiti per i vari campi previsti (cognitivo, gestuale, psicoaffettivo) con metodologia pertinente rispetto agli obiettivi stessi.

I cambiamenti si misurano in base alla distanza tra uno stato iniziale e uno finale, quindi è necessario formulare contratti formativi personalizzati con i discenti.

Il processo di valutazione deve essere costante e dinamico. Stabilire le finalità della valutazione e l'uso che ne verrà fatto sarà la prima tappa decisionale di questo processo; nel caso sia rivolta a documentare ufficialmente le competenze dello studente si tratterà essenzialmente, come noto, di "valutazione certificativa", qualora sia attuata, invece, per evidenziare eventuali carenze da coprire e quindi migliorare la preparazione finale sarà una "prova *in itinere*" che darà luogo a una "valutazione formativa".

La valutazione di tirocinio (da ora verifica di tirocinio) viene considerata come "formativa", tutelando in questa logica il ruolo del tutor e della metodologia tutoriale; le verifiche di tirocinio possono, tuttavia, avere carattere non solo formativo, ma acquisire anche un peso nella valutazione certificativa del discente.

Valutazione formativa e valutazione certificativa nello specifico caso del tirocinio, infatti, possono essere considerate tappe di un unico processo. È importante che lo studente ed il docente ne condividano la scansione temporale e sappiano quando nel *continuum* del processo valutativo si passa alla certificazione dei risultati raggiunti. Questo approccio assume una importanza rilevante in quanto proprio nel tirocinio il livello di apprendimento dell'allievo è messo continuamente in gioco anche per la complessità del contesto nel quale mostrare le competenze acquisite. Il tempo a disposizione, le caratteristiche del contratto formativo, la criticità delle situazioni da gestire, il livello di ansia legato alle possibili conseguenze delle sue scelte, sono tali da condizionare il livello delle prestazioni raggiunte dal discente.

L'esperienza del Corso di Laurea di Milano

La verifica del tirocinio è da intendersi come monitoraggio e documentazione delle performance dello studente in chiave di valutazione formativa, in riferimento ad una scala dicotomica di raggiungimento o meno di obiettivi, tesa a registrare i diversi livelli di competenza progressivamente raggiunti dalla studente. Per l'obiettività e l'equità valutativa sono state predisposte tre schede di verifica, una per anno di corso, uguali per tutte le sezioni del corso.

Gli obiettivi presi in considerazione non sono altro che la formulazione specifica di quelli formativi delle attività professionalizzanti previsti dal regolamento e dal manifesto degli studi, selezionati per anno in virtù di difficoltà e abilità necessarie per raggiungerli.

Tali obiettivi permettono di individuare cin-

que aree di competenze, distinguibili in metodologica, educativa, relazionale, tecnica, deontologica, a cui fanno riscontro tre diversi livelli di competenze da acquisire corrispondenti a ciascun anno di corso.

La metodologia di lavoro ha contemplato tre diverse fasi di lavoro: la raccolta delle schede di valutazione in uso nelle dieci sezioni di corso; la definizione di criteri per la valutazione e l'individuazione delle schede; il perfezionamento delle schede e la loro validazione.

Accanto alla scala dicotomica di raggiungimento o meno di obiettivi di tirocinio, sono state elaborate, per ogni anno di corso, liste di controllo per la verifica delle competenze gestuali; nel loro insieme vanno a costituire il "libretto delle check list", in dotazione a tutti gli studenti delle diverse sezioni e che li accompagnerà nel loro percorso formativo.

Non si può prescindere, ovviamente, dal valutare la capacità di pianificare l'assistenza attraverso la formulazione di piani di assistenza di pazienti di cui lo studente si prenderà cura durante le sue esperienze di tirocinio. Le pianificazioni assistenziali vengono esaminate utilizzando uno strumento comune a tutte le sezioni. Sono state elaborate, infatti, griglie di valutazione unificate, differenziate per anno di corso che permettono di definire il livello di approfondimento richiesto per ciascuna fase del processo di assistenza, i criteri da seguire e i pesi da attribuire ad ogni singola voce per un punteggio massimo attribuibile di trenta punti. A titolo esemplificativo si espone la griglia di valutazione utilizzata per il primo anno di corso.

È stato inoltre definita una medesima modalità di svolgimento dell'esame di tirocinio, che consisterà nella discussione di un piano di assistenza infermieristica (caso clinico reale) elaborato in autonomia dallo studente, in considerazione delle esperienze fatte, e in una prova pratica consistente nella simulazione di una prestazione di assistenza infermieristica ricorrendo alle liste di controllo per la valutazione. Per garantire un criterio di omogeneità valutativa, i docenti/valutatori utilizzano le griglie di valutazione unificate all'uopo predisposte.

Le due prove concorrono alla definizione della votazione finale con un peso differente per ciascuno dei tre anni di corso: il piano di assistenza per il 60%, 70%, 80%, rispettivamente per il primo, secondo e terzo anno e la lista di abilità, di converso, per il 40%, 30%, 20%.

Ulteriori riflessioni dovranno riguardare una serie di aree/problema: (a) il perfezionamento

Scelta del caso	Si	No	Totale 2,5	Punteggio ottenuto
Rilevanza: rispecchia la complessità assistenziale richiesta per l'anno di corso			1 punto	
Utilizza il linguaggio scientifico disciplinare			1,5 punti	
Raccolta dati	Si	No	Totale 13 punti	Punteggio ottenuto
Tutti i bisogni di assistenza infermieristica sono stati indagati			1 punto	
I dati sono completi			2 punti	
I dati sono pertinenti			3 punti	
Utilizza la fonte adeguata per la raccolta dei dati		2 punti		
La prima raccolta dei dati è stata effettuata in un unico tempo			2 punti	
E' stata effettuata la raccolta dati continua			2 punti	
I dati sono espressi con un linguaggio scientifico disciplinare			1 punto	
Identificazione del bisogno di assistenza infermieristica/problema	Si	No	Totale 9 punti	Punteggio ottenuto
Tutti i bisogni di assistenza infermieristica sono stati indagati			1 punto	
I dati sono completi			3 punti	
I dati sono pertinenti			3 punti	
Utilizza la fonte adeguata per la raccolta dei dati		2 punti		
Obiettivi specifici di assistenza	Si	No	Totale 2,5 punti	Punteggio ottenuto
Gli obiettivi sono centrati sulla persona			1 punto	
L'obiettivo è coerente con il problema enunciato		1 punto		
L'obiettivo misurabile, descrive i tempi di raggiungimento ed è realizzabile			0,5 punto	
Interventi infermieristici	Si	No	Totale 3 punti	Punteggio ottenuto
Coerenti con l'obiettivo enunciato			1,5 punti	
Ha previsto tutti gli interventi attuabili			1 punto	
Prevede la collaborazione con altre figure professionali (Medico,OSS,..)			0,5 punto	
Punteggio ottenuto Totale				

degli strumenti valutativi inerenti le competenze relazionali e quelle comunicative; (b) la redazione e la utilizzazione di una cartella didattica comune nelle diverse sezioni; (c) la personalizzazione del contratto formativo dello studente e la compilazione di un diario; (d) la formazione permanente in materia di valutazione per i tutori e i docenti; (e) la formazione dello studente alla autovalutazione.

Conclusioni

Mettere in discussione i processi di valutazione significa, prima di tutto, riflettere sulle influenze psicologiche e motivazionali che esercitano sul discente, ma anche, al di là delle tec-

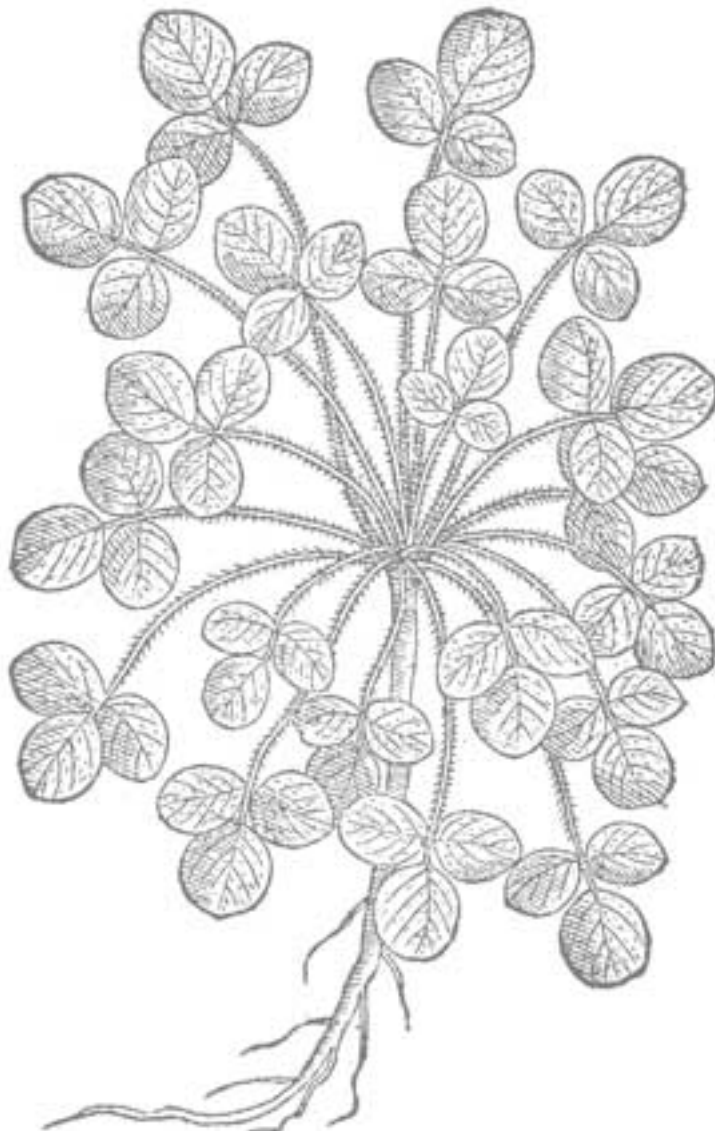
niche e dei metodi utilizzati, sul significato delle valutazioni stesse; riconoscendo in pieno la validità della considerazione che "cambiare il sistema di valutazione senza modificare il modello di insegnamento ha certamente una ripercussione maggiore sulla qualità dell'apprendimento che modificare il programma di insegnamento senza modificare il modo di condurre gli esami".

(*) Hanno partecipato al gruppo di lavoro e qui si ringraziano: Giovanna Aghemio, Paola Cattin, Anna Capuzzi, Lorenzo Farina, Patrizia Ferrari, Giuseppina Ledonne, Luisa Magnaghi, Sabrina Margotti, Giuseppina Tommaiuolo.

Bibliografia

- 1) Binetti P et al, Il corso di perfezionamento in tutorato clinico per infermieri della Libera università Campus biomedico di Roma, Igiene e san pubbl, 1998, 2:167-199
- 2) Brugnoli A, Processi e strategie di apprendimento dall'esperienza attivati dal tutor in tirocinio, Riv Inf, 1998, 17,3:164-172
- 3) Dellai M, Spiani L, Zampieron A, I fattori che influenzano i processi di apprendimento in tirocinio, Riv Inf, 1998, 17,3: 173-179
- 4) De Marinis M G, et al, Modelli per la formazione clinica nel diploma universitario per infermiere, Nursing Oggi, 1999, 4, 2: 41-47
- 5) Destrebecq A, Il tutor nella formazione degli studenti infermieri in Italia, NEU, 1997, 21,2:44-58
- 6) Matarese M, De Marinis MG, Tartaglini D, Barbera G, Utilizzo dell'objective structured clinical examination per la valutazione degli studenti del corso di diploma per infermiere, Nursing Oggi, 1999, 4, 1:42-49
- 7) Nucchi M, La formazione dei formatori nelle Università, Interprofessionalità, 2000, 9, 78: 3-8
- 8) Sasso L, Lotti A, Gamberoni L, *Il tutor per le professioni sanitarie*, Carocci Faber, 2000
- 9) White R, Ewan C, *Il tirocinio. L'Insegnamento clinico del nursing*, Sorbona, 1994

TRIFOGLIO ASPHALTITE



La formazione medica specialistica in Italia, il punto di vista degli Specializzandi

Lorenzo Dagna (*Milano*), Luca Iorio (*Roma*) e Michele Russo (*Roma*)

Le problematiche connesse alla realizzazione di una normativa comune a livello europeo in materia di scuole di specializzazione di area medica hanno una storia decisamente lunga.

Nel 1982 la Comunità Europea emanò la direttiva 82/76/CEE, nella quale veniva sottolineata la necessità di uniformare all'interno della Comunità i percorsi formativi atti al conseguimento del titolo di medico specialista. Tale direttiva fu recepita in Italia solo nove anni dopo con il Decreto Legislativo numero 257 del 8 agosto 1991, con il quale furono stabilite le norme comuni alle scuole di specializzazione di tipologia e durata conformi alle norme CEE. Con lo stesso decreto veniva stabilito che ai medici specializzandi venisse corrisposta una borsa di studio per l'ammontare di 21.500.000 lire annuali. Tale importo, in base al testo del citato decreto legislativo, sarebbe dovuto essere incrementato annualmente a partire dal 1° gennaio 1992 sulla base del tasso di inflazione programmato e rideterminato ogni triennio con decreto del Ministro della Sanità in funzione del miglioramento tabellare minimo previsto dalla contrattazione relativa al personale medico dipendente del SSN. Tale importo fu incrementato nel 1992 a 22.500.000 annui e da allora non ha più subito alcuna variazione.

Nei mesi successivi alla promulgazione del Decreto Legislativo 257/1991 furono presentati numerosi ricorsi a diverse Istituzioni giudiziarie contro la tardiva applicazione della direttiva comunitaria 82/66. Tali procedimenti portarono negli anni successivi al riconoscimento della illiceità di tale ritardo e costrinsero i Ministeri competenti a corrispondere a tutti i ricorrenti una retribuzione calcolata sulla base dell'importo della succitata borsa di studio per gli anni trascorsi in scuola di specializzazione nel periodo di mancata applicazione della direttiva comunitaria, ovvero dal 1982 al 1991.

A breve distanza dall'emanazione del Decreto Legislativo 257, il 5 aprile 1993 il Consiglio Europeo promulgò una nuova direttiva (93/16/CEE) intesa ad agevolare la libera circolazione dei medici e il reciproco ricono-

scimento dei loro diplomi, certificati e titoli. Tale provvedimento legislativo conteneva un elenco dettagliato dei titoli di medico generalista e specialista comuni agli Stati membri e pertanto oggetto di formale e sostanziale riconoscimento in tutta la Comunità. La direttiva indicava chiaramente che tale riconoscimento era inevitabilmente subordinato all'acquisizione dello stesso *know-how* e alla frequenza del medesimo *training* formativo nei rispettivi paesi. Venivano quindi fissati dei rigidi criteri per il conseguimento di alti standard formativi nella didattica formale e nell'addestramento professionalizzante e si stabiliva una costante verifica di tali obiettivi attraverso organismi di controllo nazionale e locali. Veniva infine definitivamente stabilito che lo specialista in formazione dovesse essere "adeguatamente remunerato" in cambio del lavoro subordinato svolto nelle strutture di formazione.

La Direttiva 93/16/CEE non fu recepita da alcun provvedimento legislativo italiano fino al 1999 quando, anche in seguito alle sempre più pressanti manifestazioni di insoddisfazione per tale mancanza da parte di tutti i medici specializzandi italiani, venne promulgato il Decreto Legislativo 17 agosto 1999 n. 368. Tale provvedimento ratificava di fatto le disposizioni in merito al riconoscimento dei titoli di medico chirurgo, medico di medicina generale e medico specialista contenute nella direttiva 93/16/CEE e successive modificazioni, stabiliva i principi e le caratteristiche della formazione per medico di medicina generale, e recepiva le indicazioni contenute nella direttiva comunitaria in merito all'identità professionale del medico specializzando. L'articolo 36 e successivi, titolo VI, capo I, di tale decreto legislativo indicava infatti che "all'atto dell'iscrizione alle scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia, il medico stipula uno specifico contratto annuale di formazione-lavoro, disciplinato del presente decreto legislativo e dalla normativa per essi vigente [...], finalizzato esclusivamente all'acquisizione delle capacità professionali inerenti al titolo di specialista, mediante la frequenza programmata delle attività didattiche for-

mali e lo svolgimento di attività assistenziali funzionali alla progressiva acquisizione delle competenze previste dall'ordinamento didattico delle singole scuole, in conformità alle indicazioni dell'Unione europea". Tale decreto, inquadrando il medico specializzando in un contratto di formazione-lavoro, avrebbe per la prima volta eliminato il paradosso solo italiano che di fatto fa sì che anche oggi gli specializzandi, pur per legge laureati e abilitati alla professione di medico chirurgo, siano a tutti gli effetti considerati studenti ed in forza di ciò formalmente vincolati nelle loro attività e privi di ogni copertura previdenziale e assistenziale. Questo seppur perfettibile decreto legislativo non fu mai reso operativo per gli articoli inerenti lo *status* giuridico-economico dei medici specializzandi, in quanto le disposizioni finali dello stesso rimandavano la messa in atto della normativa ad un provvedimento di copertura finanziaria *ad hoc*, mai varato dal 1999 a tutt'oggi.

E così gli oltre 25.000 medici specializzandi italiani si trovano ancora, a dieci anni dal varo di una precisa direttiva comunitaria, a sottostare a norme ed indicazioni contenute in un decreto legislativo (257/1991) facente seguito ad una direttiva CEE del 1982. Pur avendo diritto ad un contratto di formazione-lavoro, essi si trovano costretti a seguire un percorso formativo di qualità e natura chiaramente inferiore rispetto a quelli offerti ai loro colleghi dell'Unione Europea, avendo a tutt'oggi tutte le limitazioni connesse al loro *status* di studenti e non di professionisti in formazione. Tale profonda differenza tra la situazione italiana e quella di tutti gli altri Stati membri UE, fa addirittura sollevare il legittimo dubbio che il titolo di specialista conseguito in Italia possa non essere riconosciuto negli altri Paesi membri, in quanto non frutto del medesimo percorso formativo stabilito a livello comunitario.

Unici in Europa, gli specializzandi italiani, dopo aver conseguito la laurea e l'abilitazione all'esercizio della professione medica e dopo l'iscrizione all'Ordine dei Medici, ritornano a tutti gli effetti ad essere dei semplici studenti, in base alla normativa attualmente in vigore. In virtù di ciò essi sono completamente privi di ogni copertura assistenziale e previdenziale, nonché responsabili in prima persona di provvedere alla stipula e al pagamento di coperture assicurative per responsabilità civile e penale contro terzi.

L'importo della borsa di studio da loro per-

cepita è stato "aggiornato", in contraddizione anche di quanto indicato nel D. L.vo 257/1991, una sola volta dal 1991 ad oggi, "innalzandola" nel 1992 dai 21.500.000 lire iniziali a 22.500.000. E con la venuta della moneta unica europea, tale importo è stato meramente convertito in euro, cosicché essi a tutt'oggi ricevono per la loro attività poco più di 700 euro al mese al netto delle tasse universitarie e delle ulteriori spese cui sono obbligati (iscrizione Albo Medici, ENPAM), senza tuttavia considerare gli altri costi connessi al loro percorso formativo (copertura assicurative per responsabilità civile contro terzi, libri di testo, ...).

Il Documento di Programmazione Economico-Finanziaria 2003/2006 aveva previsto il finanziamento del D. L.vo 368/1999. Tale punto è stato tuttavia stralciato dalla Legge Finanziaria che ne è derivata, con l'impegno da parte del Governo a risolvere la questione nel corso dell'anno successivo. L'unico riconoscimento dato ai medici specializzandi con la Finanziaria 2003 è stata l'attribuzione ai fini concorsuali dello stesso punteggio riservato a lavoro dipendente di pari durata temporale. Neanche con il successivo DPEF 2004/2007 e la Legge Finanziaria 2004, nonostante una mozione approvata alla Camera dei Deputati che impegnava il Governo ad un graduale finanziamento del Decreto 368/99, sono state reperite le risorse necessarie a stipulare i contratti di formazione-lavoro e a garantire le tutele previste dalla direttiva europea 93/16.

A rendere ancora più paradossale la situazione, la mancata applicazione della direttiva comunitaria 93/16 di fatto oltre a negare agli specializzandi italiani tutele e diritti elementari, rischia di paralizzare l'attuazione delle proposte di riassetto e di modernizzazione dei programmi e dell'organizzazione della formazione medica specialistica. Dalla lettura di tali proposte si evince chiaramente che, come peraltro già attuato negli Stati Uniti e negli altri paesi dell'Unione Europea, per garantire un'adeguata formazione è necessaria una cospicua esposizione dello specializzando ad attività pratiche professionalizzanti, accompagnata da una progressiva assunzione di responsabilità personale fino a raggiungere la piena autonomia professionale. Ed è del tutto palese che un impegno pieno e attivo in prima persona dello specializzando nelle attività formative teoriche e pratiche non sia compatibile con il loro attuale *status* giuridico che li qualifica a tutti gli effetti come "studenti semplici", ma

richiede necessariamente la realizzazione di un contratto di formazione nel quale sapere, saper fare e saper essere sono finalizzati alla progressiva assunzione di responsabilità. E venendo a mancare tale premessa si rende di fatto difficile l'attuazione di tali programmi, con il conseguente mantenimento di piani formativi ormai vecchi e inadeguati alle esigenze della qualità professionale nazionale ed europea.

Risulta quindi ovvio che la soluzione di questa questione non sia più procrastinabile. Riteniamo che sarebbe profondamente utile istituire un tavolo di confronto sereno e pro-

duuttivo tra le diverse istituzioni coinvolte e le Organizzazioni dei medici specializzandi per finalmente realizzare, seppur a distanza di oltre dieci anni dalle disposizioni dell'Unione Europea, una seria riforma strutturale della formazione medica specialistica italiana: non si tratta solo di fornire a venticinquemila giovani medici italiani tutele e diritti minimi connessi al loro reale *status* professionale, ma soprattutto di garantire un livello formativo adeguato agli standard europei e d'oltre oceano, e di conseguenza un'assistenza sanitaria più efficace e di qualità ai cittadini.

TRIFOGLIO DE
PRATI

