



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

Direttore Editoriale, Luigi Frati

Comitato Editoriale

Andrea Lenzi, Gennaro Marino, Aldo Pinchera,
Giuliano Pizzini, Antonella Polimeni,
Luisa Saiani, Aldo Tomasi

Redazione
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università Politecnica delle Marche
60020 Torrette di Ancona
Tel. 071 2206101 - Telefax 071 2206103
E-mail: g.danieli@univpm.it

Amministrazione e stampa, Errebi Grafiche Ripesi
Falconara

Segretaria di Redazione, Daniela Pianosi

Direttore Responsabile, Giovanni Danieli

Sommario

- 2019 Presentazione, *Luigi Frati e Giovanni Danieli*
- EDITORIALE
- 2020 Riordino dei Settori Scientifico Disciplinari, *Fabio Naro*
- CONFERENZA PERMANENTE DEI PRESIDENTI DEI CLM IN MEDICINA E CHIRURGIA
- 2022 Un'esperienza di *peer education* nel Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia: gli studenti come risorsa per il soccorso nelle grandi emergenze in area ospedaliera, *Rosa Valanzano, Roberto Miniati, Lorenzo Tattini, Sergio Boncinelli*
- 2027 Progetto Accoglienza. L'esperienza della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Brescia, *Carlo Cristini, Antonio Imbasciati, Alberto Ghilardi, Loredana Cena, Anna Maria Della Vedova, Chiara Buizzi, Roberto Bresciani, Pietro Apostoli*
- 2030 Medical English. New perspectives in academic teaching, *Anna Loiacono*
- 2033 L'insegnamento dell'Inglese Scientifico. Fattori che favoriscono o impediscono la motivazione a studiare la lingua nel contesto della laurea in Medicina e Chirurgia alla Sapienza, *Kyriacos Andreas Kyriacos*
- CONFERENZA PERMANENTE DELLE CLASSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE
- 2036 Documento di indirizzo su standard e principi del tirocinio nei CL delle Professioni Sanitarie, *Luisa Saiani, Silvia Bielli, Oliva Marognoli, Anna Brugnolli et Al.*
- 2046 Progress test nelle Lauree Sanitarie. Metodologia e risultati nel Corso di Laurea in Ostetricia, *Mario Rende et Al.*
- 2052 La validazione di un intervento formativo in Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, *Fiorenza Broggi et Al.*
- ATELIER PEDAGOGICO
- 2058 Le attività didattiche professionalizzanti, *Massimo Casacchia et Al.*
- IRNERIO LUMEN JURIS
- 2064 La responsabilità medica. Analisi della più recente giurisprudenza, *Sergio Stefoni, Paolo De Angelis*
- DOCUMENTI
- 2068 Lauree triennali delle Professioni Sanitarie. Dati sull'accesso ai Corsi e programmazione posti nell'A.A. 2009-2010, *Angelo Mastrillo*
- NOTIZIARIO
- 2071 Association for Medical Education in Europe (AMEE). Condividere risorse ed esperienze, *Giuseppe Familiari*



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 29 Dicembre 2009
per i tipi della Errebi Grafiche Ripesi
in Falconara - Ancona

Presentazione

Luigi Frati, Giovanni Danieli

La Conferenza Permanente dei Presidenti di CLM in Medicina e Chirurgia ha iniziato il suo ventiquattresimo anno di attività, quella delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie il tredicesimo. Decidere la loro istituzione fu senza dubbio una scelta felice; in questi anni le due Conferenze, pur nell'avvicinarsi di Presidenti e Segretari, hanno dimostrato una continua e proficua attività produttiva, di elevato livello culturale, realizzando gli obiettivi per cui vennero costituite e assicurando il coordinamento dei Corsi di Laurea in un periodo di ripetuti cambiamenti.

Esempio dell'efficacia delle Conferenze è anche questo numero della Rivista, ricco di contributi originali e determinanti per il rinnovamento dei programmi formativi, ad iniziare dall'esperienza, coordinata da Rosa Valanzano, relativa alla prima applicazione nazionale di **Peer education** nel Corso di Laurea di Firenze, applicazione di una nuova strategia educativa, che ricorre ad un metodo formativo orizzontale, complementare a quello tradizionalmente verticale, metodo basato sullo scambio di informazioni, valori e comportamenti tra persone simili per età e *status*.

Il CLM di Brescia, coordinato da Pietro Apostoli, presenta invece un originale **Progetto Accoglienza**, strutturato per trasmettere agli Studenti informazioni utili sul percorso formativo che li attende, sugli strumenti che avranno a disposizione, sugli obiettivi didattici che dovranno realizzare.

Due contributi, uno di Anna Loiacono (Foggia) l'altro di Kyriakos Andreas Kyriakou, (Roma La Sapienza), si focalizzano sull'**insegnamento della lingua inglese**, del quale vengono evidenziate e discusse le criticità e proposte alcune soluzioni migliorative, potenzialmente riproducibili.

Segue un documento della Commissione per l'innovazione didattica, coordinata da Pietro Gallo con la competenza e la classe che gli sono proprie, dedicato **all'attività didattica professionalizzante**; il lavoro di gruppo ha portato alla produzione di un documento di grande spessore, suscettibile di ulteriori arricchimenti, nel quale vengono identificati e descritti gli obiettivi gestuali, emotivo-relazionali e metodologici metacognitivi che gli Studenti devono acquisire, la loro distribuzione temporale, il loro rapporto con i *curricula*.

Sempre in quest'ambito un secondo progetto, speculare al primo, è stato preparato dalla Conferenza Permanente dei CL delle Professioni Sanitarie da parte di un gruppo di studio sul **Tirocinio**, coordinato da Luisa Saiani e Silvia Bielli; il confronto ha permesso di mettere in comune le scelte formative, i modelli pedagogici, le procedure organizzative seguite da diverse classi di laurea e di confrontarli fra loro per giungere ad una proposta condivisa di tirocinio che risulterà molto utile in questo momento di ridefinizione dei regolamenti didattici; ora è in atto la distribuzione del documento in tutte le sedi per valutarne il grado di accordo e conseguentemente procedere ad una sua diffusa applicazione.

Cinque anni fa Alfred Tenore diede inizio, nella Conferenza dei Presidenti di Medicina e Chirurgia, al coordinamento, su tutto il territorio nazionale, del programma di **Progress Test**, quale strumento idoneo per valutare la progressione ed il decadimento delle conoscenze degli Studenti lungo gli anni di corso e per comparare i risultati ottenuti nelle diverse sedi. Il Test coinvolge ora anche le Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie, che hanno costituito specifici gruppi di lavoro per ciascuna tipologia di laurea, portando nel luglio scorso alla prima applicazione in Italia (coordinatore Prof. Mario Rende) del test nel Corso di Laurea in Ostetricia delle sedi di Perugia, Napoli SUN, Bologna e Ferrara.

Da Milano Bicocca (Fiorenza Broggi et Al.) viene presentata la validazione di un originale intervento formativo composto da *role-play*, *feed-back* e discussioni di gruppo, strutturato in più momenti e ripetuto nell'anno, teso a migliorare la **comunicazione verbale e non verbale** negli Studenti del Corso di Laurea in Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva.

Nella rubrica *Irnerio Lumen Juris*, Sergio Stefoni e Paolo De Angelis aggiornano un documento già pubblicato due anni or sono, relativo alla **responsabilità medica**, civile, penale, amministrativa, problema di grande attualità e in evoluzione, del quale tutti devono essere edotti.

Il nostro osservatorio permanente su accesso e programmazione, che è poi Angelo Mastrillo, puntualmente come ogni anno, presenta tutti i dati relativi ai Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie nelle diverse sedi concernenti l'**accesso ai corsi** e la **programmazione dei posti** per l'anno 2009/2010. Si riportano i dati di quest'anno confrontati con quelli del passato, identificando le anomalie ancora esistenti, prefigurando le relative correzioni.

Infine, Giuseppe Familiari presenta l'**Association for Medical Education in Europe (AMEE)**, una struttura europea di coordinamento fra le Facoltà di Medicina relativamente ai programmi formativi, finalizzata a condividere risorse ed esperienze.

Tutti i documenti ospitati in queste pagine costituiscono materiale di studio, di elaborazione, modelli di realizzazione e rappresentano altrettanti contributi per migliorare l'efficacia didattica.

Utili quanto quello di conoscere il nuovo assetto dei **Settori Scientifico Disciplinari**, che dobbiamo alla cortesia di Fabio Naro, Segretario del CUN.

Riordino dei Settori Scientifico Disciplinari

Fabio Naro (*Segretario Generale CUN*)

Il 4 novembre 2009 il Consiglio Universitario Nazionale (CUN) ha approvato e reso pubblico il proprio parere generale sul riordino dei Settori Scientifici Disciplinari (SSD), punto di arrivo di un lungo percorso che ha sempre caratterizzato in modo emblematico l'attività del Consiglio.

La prima volta che il Consiglio affrontò questo tema fu nel momento della sua istituzione quando, per l'attivazione delle procedure concorsuali idonee previste dal Dpr 382/1980, si ristrutturarono i raggruppamenti concorsuali riducendo le circa 1000 discipline, in cui si articolava il mondo accademico italiano, a circa 500 SSD. Dopo di allora CUN se ne tornò a occupare, tra il 1999 e il 2000, per applicare la nuova normativa ordinamentale messa in atto dal DM 509/99 e per la revisione delle norme concorsuali conseguente l'applicazione della legge 210/98. In quest'occasione gli SSD furono ulteriormente ridotti da 500 a 370 e su questa base sono state prese importanti iniziative legislative che caratterizzano l'Università come la conosciamo oggi.

Quando il CUN fu rinnovato agli inizi del 2007, apparve chiaro, fin dalle prime riunioni, che una nuova revisione degli SSD era da inserire di nuovo in agenda in quanto gran parte dell'opinione pubblica li percepiva come ancora troppo numerosi e lontani dai sistemi classificativi internazionali più accreditati. La questione era ormai matura tanto che l'allora Ministro per l'Università dispose che il nuovo regolamento per i concorsi da ricercatori, fosse legato all'introduzione dei cosiddetti "macrosettori" i quali, basati sull'aggregazione degli SSD esistenti, costituissero una base più ampia per la formazione delle commissioni di concorso e quindi garantissero un reclutamento dei giovani meno legato agli interessi di piccoli gruppi accademici. Benché questa richiesta non avesse poi nessun effetto pratico, il CUN si impegnò notevolmente per operare una riduzione e un riordino degli SSD e, in occasione del convegno nazionale sul sistema universitario del giugno del 2008, il Presidente Lenzi propose un modello di classificazione degli SSD basato su diversi livelli gerarchici e su parole chiave. Nel settembre dello stesso anno, il ministro Gelmini inviò una nota al CUN in cui chiedeva di procedere a una proposta conclusiva di riassetto degli SSD che tenesse particolarmente conto dell'esigenza di un'ulteriore riduzione numerica degli stessi in vista di futuri provvedimenti legislativi per la riforma del sistema universitario italiano.

Il punto di partenza della discussione che ha tenuto impegnato il CUN per quasi un anno è stato innanzitutto capire se l'istituzione stessa degli SSD avesse ancora un senso rispetto alla rapida evoluzione del sapere scientifico. La risposta del CUN è stata "che alla luce della legislazione vigente gli S.S.D. sono indispensabili per: 1) l'attribuzione dei CFU negli ordinamenti

didattici, come previsto dal DM 270/2004 e dai successivi DM applicativi; 2) l'accesso ai ruoli universitari della docenza e la composizione delle commissioni di valutazione; 3) la valutazione della ricerca Scientifica". Si può inoltre aggiungere che qualsiasi ipotesi di cancellazione o di stravolgimento degli attuali SSD avrebbe portato ad un blocco pressoché totale delle normali attività universitarie. La questione era quindi di riuscire a mantenere l'assetto generale degli SSD per le loro evidenti implicazioni legislative, ridurli sulla base di precise e condivise motivazioni culturali al fine di rendere il sistema più flessibile e compatibile con i sistemi di classificazione in uso in ambito internazionale. Per far riuscire la quadratura del cerchio si è deciso di operare alla luce del principio generale volto a privilegiare l'aspetto della ricerca rispetto a quello dell'attribuzione dei compiti didattici, in modo tale da creare delle nuove comunità accademiche omogenee dal punto di vista degli interessi scientifici e delle metodologie di valutazione della propria attività. Per quanto riguarda l'introduzione dell'auspicata flessibilità essa è stata ottenuta introducendo diversi livelli di identificazione del docente, sia collettivi sia personali, che fanno riferimento per la prima volta a parole chiave riconosciute internazionalmente.

Il modello proposto dal CUN si basa "sull'identificazione di ogni Docente mediante una serie fissa e una variabile di parole-chiave. La *serie fissa* è costituita da cinque parole-chiave (Macro-aree, Aree, Macro-Settori Scientifico Disciplinari, Settori Scientifico Disciplinari, Descrittori Scientifico Disciplinari), assegnate dal MIUR e modificabili soltanto dal CUN mentre le parole-chiave della *serie variabile* (Indicatori di Attività Scientifica) saranno definite dal Docente sulla base della propria competenza scientifica scegliendole da una lista indicata dal CUN.

I cinque livelli della serie fissa sono stati così ordinati:

1) *Macro-aree (livello 1)*

Corrispondono a grandi aggregazioni con metodi comuni di valutazione scientifica e di gestione didattica e possono comprendere SSD appartenenti ad Aree diverse.

2) *Aree (livello 2)*

Corrispondono alle Aree CUN previste dalla vigente legislazione.

3) *Macro-Settori scientifico disciplinari. (livello 3)*

Costituiscono un livello intermedio tra le Aree e i SSD e sono costituiti da uno o più SSD

4) *Settori scientifici disciplinari (SSD) (livello 4)*

Derivano dalla riduzione, per accorpamento o ridefinizione, dei precedenti SSD. Ogni Settore è formato da un numero congruo di docenti, di norma non inferiore a 130 tra professori e ricercatori.

Ciascun SSD è accompagnato da una Declaratoria, derivante dalla revisione ed aggiornamento di quella

attuale che ne identifica i contenuti scientifico disciplinari e, ove opportuno, assistenziali.

5) Descrittori scientifico-disciplinari (livello 5)

Identificano, solo ove necessario, all'interno delle declaratorie, le caratteristiche di alcuni specifici profili scientifici, al fine di garantire le specificità essenziali per l'attività didattica, scientifica e, per l'area sanitaria, assistenziale.

La flessibilità introdotta dai diversi livelli gerarchici rende lo schema utilizzabile laddove si abbia la necessità di avere delle aggregazioni dei docenti di varia grandezza in relazione alle specifiche esigenze del legislatore. Appare del tutto evidente come lo snodo principale del sistema sarà rappresentato dal rapporto tra macrosettori e SSD che si svilupperà nella prevista nuova normativa dei concorsi universitari.

Una volta elaborato lo schema di massima di come si sarebbero riorganizzati gli SSD, il passo successivo era quello di applicarlo al corpo vivo degli attuali SSD. Mentre si stavano elaborando i criteri della proposta, la politica dava dei chiari segnali su quali parametri dovesse fondarsi l'operato del Consiglio in quanto, nella primavera di quest'anno, due progetti di legge erano presentati in parlamento. Entrambe le proposte prevedevano una cospicua riduzione degli SSD basata, per quella della maggioranza, su di un numero minimo di 40 Professori Ordinari afferenti ad ogni SSD (PO). Il dato numerico dei PO diventava quindi essenziale per l'ingegneria concorsuale che si andava delineando e che entrambe le proposte concordavano fondarsi su di una idoneità nazionale seguita da una chiamata locale. Diventava evidente che il dato numerico della popolosità dei SSD (principalmente quello dei PO) era la cartina di tornasole attraverso la quale la politica, *in primis*, e poi l'opinione pubblica avrebbero giudicato l'operato del consiglio in questa delicata materia. Intanto la campagna mediatica incentrata sulle storture del sistema universitario italiano non accennava a diminuire suggerendo che qualsiasi operazione gattopardesca che non andasse ad incidere efficacemente nella frammentazione, considerata eccessiva degli SSD italiani, avrebbe reso un pessimo servizio alla comunità accademica italiana. Su questa base di discussione si è costruito un serrato dibattito che ha visto protagoniste tutte le aree tematiche del CUN in un confronto, spesso difficile, con le varie comunità accademiche di riferimento per arrivare ad una proposta di riassetto che fosse il più possibile condivisa ma senza rinunciare ai principi riformatori ispiratori del riassetto. Di certo la comune percezione di una grande responsabilità nei confronti del paese e del mondo accademico ha molto aiutato a far sì che il Consiglio arrivasse ad una proposta di grande impatto sul sistema. Non si poteva fare altrimenti se si voleva raggiungere come traguardo il rilancio del sistema e della sua percezione presso l'opinione pubblica e la politica che, non dimentichiamo, sono i nostri interlocutori per il finanziamento del sistema universitario.

Il CUN non ha mai abdicato dal suo ruolo di rappresentante del sistema universitario nella sua accezione più ampia e, alla fine di questa lunga fase di riflessione, si è presentato con una proposta che ha ridotto i SSD da 370 a 192. Un numero di SSD ben al di sotto di quel 200 che era considerato un obiettivo fin troppo ambizioso considerando l'attuale realtà accademica italiana. Un risultato di grande rilievo che ha visto come protagoniste alcune aree, come quella letteraria (da 77 SSD a 20), geologica (da 12 SSD a 4) agraria- veterinaria (da 30 SSD a 14), che hanno ridotto di più del 50% la numerosità dei loro settori. Nella proposta CUN la numerosità minima per ogni SSD è mantenuta a 50 PO o 130 docenti con due eccezioni: l'SSD "ingegneria nucleare", mantenuto autonomo a causa dell'intenzione del governo di orientare verso questo settore le scelte energetiche del paese; l'SSD di "scienze infermieristiche" fortemente voluto dal Ministero del Welfare che, con una lettera del viceministro, ne ha chiesto il mantenimento. Questo intervento della politica non deve sorprendere, in quanto essa è depositaria di una visione più ampia delle implicazioni sociali di ogni proposta formulata da organismi tecnico-politici come il CUN. L'intervento della politica riflette il rigore con cui il CUN ha formulato la sua proposta tant'è che lo stesso Ministro, nella sua proposta di legge di riforma universitaria, ha sancito il ruolo centrale del CUN in questo ambito. Nel contempo, tuttavia, si è ritagliato uno spazio di autonomia per quanto riguarda il mantenimento in essere di SSD con numerosità troppo esigua.

Al momento attuale sono state, quindi, proposti i cinque livelli della seria fissa, sono stati ridotti gli SSD a meno di 200 e stabilite le loro equivalenze con i vecchi SSD (fatto questo particolarmente importante per consentire la non modificazione dei corsi di laurea in questa fase). Il percorso non è ancora finito in quanto il CUN sta approntando le liste di parole chiave che devono essere utilizzate dal docente per definire al meglio la propria competenza scientifica. Il processo è ancora in pieno svolgimento ed è compiuto in stretta collaborazione con le comunità scientifiche di riferimento per la grande importanza che questo aspetto ha per il posizionamento del nostro sistema universitario nel contesto internazionale. Infatti proprio su questo fronte vi è la più forte spinta verso l'internazionalizzazione del nostro che farà obbligatoriamente riferimento a classificazioni della ricerca scientifica (come quella dell'European Research Council) accreditate negli organismi internazionali più rappresentativi.

Al termine di questo lungo percorso il CUN avrà fornito al Ministro un modello di organizzazione delle discipline accademiche che, pur accettando il principio della riduzione numerica delle discipline, non mortifica la necessaria varietà di specializzazioni in cui si articola la scienza moderna. Uno strumento utile per la prossima riforma che dimostra come il mondo universitario abbia tutte le capacità per rinnovarsi ed autoriformarsi quando chiamato a partecipare al suo rinnovamento.

Un'esperienza di *peer education* nel Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia: gli studenti come risorsa per il soccorso nelle grandi emergenze in area ospedaliera

Rosa Valanzano, Roberto Miniati, Lorenzo Tattini, Sergio Boncinelli (Firenze)

Introduzione

La *peer education* è una strategia educativa che consiste nello scambio di informazioni, valori e comportamenti tra persone simili per età e/o *status*¹ e che contrappone la tradizionale educazione verticale (professore/studente) a quella orizzontale (studente/studente)². Il *peer educator*, ovvero colui al quale spetta il compito di trasmettere valori, informazioni e comportamenti, si appropria della funzione tutoriale attraverso la realizzazione del programma, oltre che della sua progettazione e attivazione³.

A partire dagli anni '60, in seguito al riconoscimento dell'importanza nei percorsi di apprendimento della pragmatica della comunicazione oltre che dei contenuti, sono andate aumentando le esperienze di tutoraggio e di insegnamento tra coetanei soprattutto negli Stati Uniti e più in generale nei paesi anglosassoni, con applicazioni sia nel contesto della scuola media superiore che in ambito universitario⁴. Le prime applicazioni in ambito scolastico avevano come scopo il miglioramento del rendimento degli studenti⁵ mentre dagli anni '70 l'educazione tra pari è stata sempre più impiegata per ridurre l'incidenza di alcuni comportamenti a rischio frequentemente messi in atto dagli adolescenti, quali fumo, consumo di droghe, comportamenti sessuali a rischio, ecc., utilizzando l'influenza dei coetanei per facilitare un processo di cambiamento positivo all'interno del gruppo dei pari.

Peer education è considerato un termine "ombrello"³ poiché comprende una varietà di situazioni formative, diverse sia per gli obiettivi prefissati che per i destinatari a cui esse si rivolgono. Qualora lo scopo che si intende raggiungere sia di tipo cognitivo, i pari possono rivestire la funzione di *peer tutor*, un coetaneo con buone capacità che aiuta a svolgere compiti e fornisce istruzioni a compagni con difficoltà di apprendimento, di *peer coach*, con funzioni analoghe al *peer tutor* ma applicate nell'ambito sportivo, di *peer teacher*, ovvero coetanei chiamati a trasmettere informazioni fattuali sia in un'ottica di prevenzione che di istruzione in generale, e di *peer manager*, coetanei che sostengono i pari nell'inserimento in attività curricolari o extra-curricolari. Se invece l'obiettivo è quello di modificare atteggiamenti e comportamenti e agire quindi in un'ottica di prevenzione e promozione della salute, le definizioni utilizzate sono quelle di *peer educator*, *peer counselor*, *peer support* e *peer mentor*.

Per quanto riguarda l'ambito universitario, sono state riportate alcune esperienze di *peer education*, effettate principalmente in ambito anglosassone, rivolte agli studenti di Medicina e Chirurgia, soprattutto nella forma del *peer tutoring*, ovvero utilizzando la modalità educativa che promuove lo sviluppo di conoscenze e capacità attraverso il supporto attivo di persone con *status* uguale⁶. Gli ambiti di applicazione hanno riguardato la pratica clinica in neurologia⁷, la comunicazione con i pazienti^{8,9}, il primo soccorso, il BLS^{10,11,12,13} e le patologie muscoloscheletriche¹⁴. In alcuni casi queste esperienze sono state avviate in considerazione delle scarse abilità pratiche

acquisite dagli studenti¹¹ nel corso degli studi mentre, in altri casi, in base all'insoddisfazione che gli studenti stessi riferivano per alcuni aspetti, soprattutto pratici, della loro formazione^{10,14}. Altre esperienze sono state avviate a causa della necessità di guardare a nuove forme educative a fronte dei tagli alle risorse¹⁵. In un caso, invece, lo scopo è stato quello di aumentare il numero di persone addestrate al BLS che fossero in grado di intervenire tempestivamente in caso di emergenza^{12,13}. Effetti positivi, riconducibili a questa forma di insegnamento, sono stati individuati sia per i *peer tutor* che per i loro allievi (*tutee*). Le prestazioni nei test finali, rese dagli studenti sottoposti alla formazione tra pari, risultavano equivalenti a quelle del gruppo formato da personale esperto^{7,9,16,17}, se non in un caso addirittura superiori¹¹. Al termine della formazione tra pari, gli allievi riferivano di avere più fiducia nelle proprie capacità^{10, 14, 18} e che la parità di *status* aveva contribuito a renderli meno ansiosi, inibiti e stressati, favorendo così la creazione di un'atmosfera ideale per l'apprendimento^{10,15,18}. La stessa modalità di insegnamento impiegata dai *peer tutor* consentiva infatti una maggiore comprensione dei diversi argomenti affrontati, perché veicolati ad un livello appropriato, mediante anche il ricorso a strategie mnemoniche¹⁹. Benefici sono stati riscontrati anche nei *peer tutor*: l'addestramento impartito ai pari consentiva loro di approfondire le competenze e di migliorare l'autostima, le abilità di comunicazione e quelle sociali in genere⁷. Tra le motivazioni per diventare tutor sono emersi il desiderio di aiutare i compagni, la possibilità di rivedere le proprie abilità cliniche e sociali, come ad esempio la capacità di parlare in pubblico^{18, 20} o, semplicemente, l'opportunità di migliorare le proprie conoscenze¹⁹. Due studi hanno inoltre riportato l'andamento nel tempo di queste esperienze di *peer tutoring*: lo studio di Perkins *et Al.* del 1999 fa riferimento a 1000 studenti che hanno partecipato a lezioni sul BLS e a 77 studenti che sono diventati *peer tutor* in 4 anni. Nell'esperienza di Aslan *et Al.* del 2006, i *peer tutor* formati sono stati 60 e questi hanno cominciato ad organizzare programmi di formazione sul primo soccorso per i loro pari. Quest'ultimo aspetto mette in evidenza la natura ricorsiva della *peer education* che consente l'avvio di un ciclo continuo di formati-formatori.

Una esperienza di *peer education* multidisciplinare

Nell'a.a. 2008-2009 il Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Firenze ha ricevuto e inserito nel *curriculum* di studio degli studenti una proposta didattica formativa sotto forma di Attività Didattica Elettiva – ADE dal titolo "Il soccorso nelle grandi emergenze in area ospedaliera", basata sulla metodologia della *peer education*. Lo scopo è stato quello di fornire agli studenti le conoscenze e le competenze basilari per essere soggetti attivi e rappresentare così una risorsa ed un supporto utili per la gestione di una grande emergenza determinatasi in una struttura ospedaliera. Il corso ha avuto come obiettivo quello di formare studenti capaci di coadiuvare tutte quelle azioni relative al soccorso sanitario

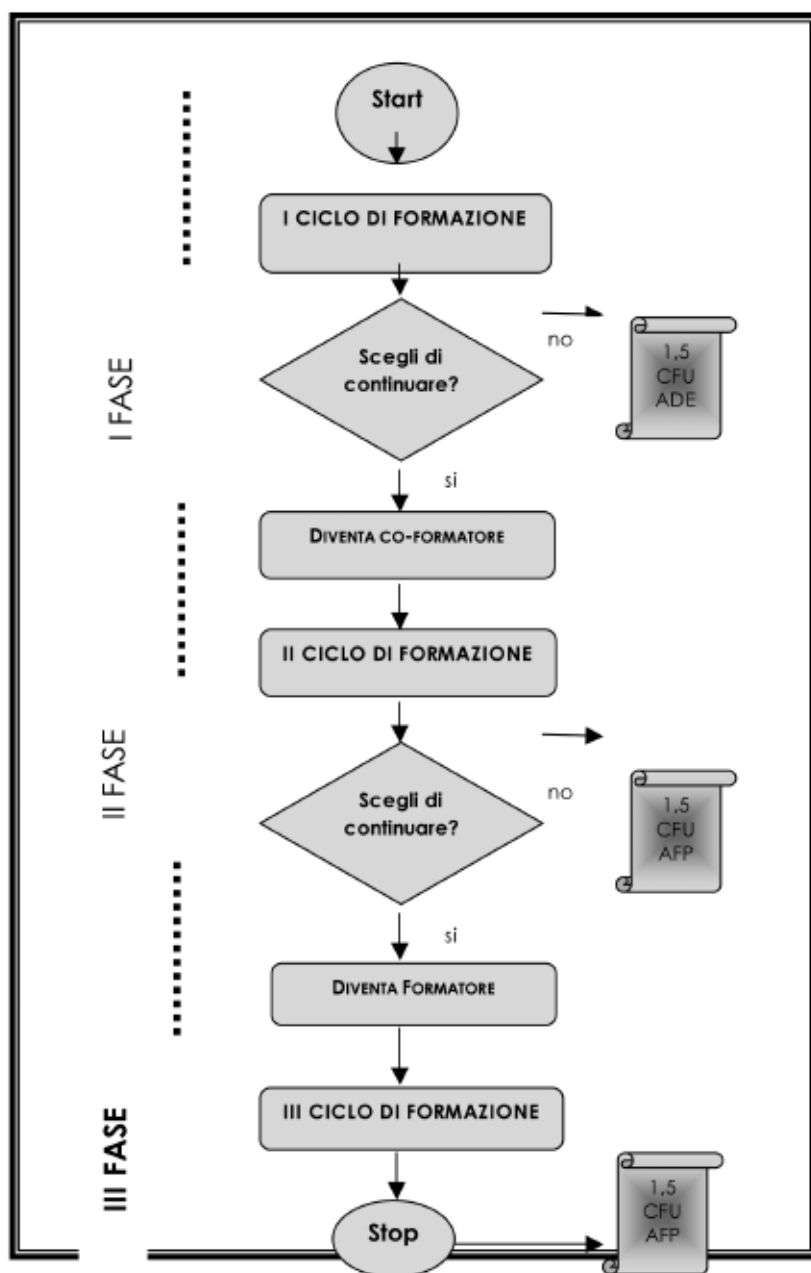


Fig. 1 - Rappresentazione schematica del percorso di peer education.

(primo soccorso ai ricoverati ed agli infortunati, trasporto, approvvigionamento di tecnologie e di materiali) che solitamente gravano sul personale strutturato, migliorandone l'efficienza.

Il corso è stato rivolto agli studenti di Medicina e Chirurgia in quanto essi, essendo presenze abituali all'interno della struttura ospedaliera AOU Careggi e disponendo di una conoscenza del luogo, della struttura e dei processi sanitari, rappresentavano i destinatari ideali.

Il percorso di formazione ha presentato due aspetti rilevanti: il primo è consistito nell'approccio multidisciplinare alle emergenze, giustificato sia dalla complessi-

tà degli argomenti trattati che dalla necessità di tendere verso un approccio integrato alla gestione delle grandi emergenze. Il secondo aspetto ha inteso facilitare e promuovere l'adozione di un ruolo attivo, responsabile e partecipativo da parte dello studente fin dalle prime fasi di formazione.

Organizzazione e metodo

Articolazione del percorso formativo

Il percorso formativo, descritto nella Fig. 1, è stato suddiviso in tre fasi, ad ognuna delle quali hanno partecipato al massimo 20 studenti. Si possono quindi individuare una fase di formazione, in cui sono stati svolti gli argomenti oggetti del corso, una fase di co-formazione, in cui gli studenti che hanno aderito al percorso hanno affiancato il docente prescelto per gli argomenti trattati nella formazione dei nuovi allievi, ed una fase in cui lo studente è divenuto a sua volta formatore. Al termine della prima fase (1,5 CFU per l'ADE) agli studenti è stato chiesto se desideravano continuare l'esperienza di *peer education* diventando co-formatori e acquisire così 1,5 CFU per l'Attività Formativa Professionalizzante - AFP. Al termine di questa seconda fase di formazione, è stata data loro l'opportunità di diventare formatori per la fase successiva, al termine della quale sono stati riconosciuti ulteriori 1,5 crediti per AFP. Riassumendo, coloro che hanno intrapreso tutto il percorso di *peer education* hanno ottenuto in totale 1,5 CFU per l'ADE e 3 CFU per AFP.

Contenuti formativi dei moduli del corso

I contenuti formativi del corso "Il soccorso nelle grandi emergenze in area ospedaliera", riassunti nella Tab. 1, possono essere ricondotti a tre aree tematiche, individuate come moduli, riconducibili ai settori sanitario, tecnico e psico-sociale. Gli argomenti sono stati scelti in modo da fornire agli studenti sia una cornice teorica di riferimento alle grandi emergenze, che abilità pratiche tali da consentire loro di fornire un utile supporto per intervenire con efficacia in tali eventualità.

Modulo Sanitario

L'obiettivo di questo modulo è quello di fornire agli studenti le capacità e le conoscenze sanitarie per agire



Tab. 1 - Contenuti formativi del corso "Il Soccorso nelle grandi emergenze in area ospedaliera".

efficacemente e in sicurezza in un contesto di massima emergenza ospedaliera.

Per questa ragione, ampio spazio è dedicato al *triage* (secondo il protocollo START), una procedura da mettere in atto in caso di squilibrio tra domanda e disponibilità di soccorsi, alle *comunicazioni in urgenza*, ovvero all'importanza di una comunicazione quanto più tempestiva ed accurata possibile per l'attivazione del soccorso appropriato (mediante anche l'illustrazione dell'organizzazione e del funzionamento della Centrale Operativa di Firenze Soccorso) e infine al *primo soccorso*. Per questo obiettivo formativo si fa riferimento al protocollo *Basic Life Support* (BLS) nelle sue tre declinazioni: il supporto di base a pazienti adulti, a pazienti pediatrici e a pazienti traumatizzati, mediante anche il ricorso a esercitazioni pratiche. Inoltre è stato affrontato il tema della sicurezza dei soccorritori, sia in termini di valutazione dello scenario che di utilizzo di dispositivi autoprotettivi (guanti, *pocket mask*, ecc). In questo contesto è inclusa anche una esposizione sul posizionamento di presidi di immobilizzazione e sulle tecniche di mobilizzazione del paziente traumatizzato, nonché sulle basilari norme di intervento su tutte le tipologie di trauma.

Modulo psico-sociale

Lo scopo di questo modulo è quello di affrontare tutti quei comportamenti che le persone possono mettere in atto in caso di emergenza e che è utile conoscere qualora si rendesse necessario un intervento. Nello specifico, vengono descritti i processi di ragionamento e le distorsioni cognitive comuni in caso di emergenza, la percezione e la comunicazione del rischio, le strategie di *coping*, che rendono conto della variabilità interindividuale nel rispondere alle emergenze, il trauma e il disturbo post-traumatico da stress (DPTS). Vengono infine prese in considerazione, mediante il ricorso a fil-

mati, le modalità di approccio alle vittime a seconda della reazione esibita.

Viene affrontata inoltre la questione delle problematiche linguistiche, particolarmente rilevante in Toscana per la cospicua presenza di minoranze di etnie e culture diverse. Sono illustrate le ripercussioni a livello sanitario di tale variegata composizione demografica, unitamente ai tentativi di soluzione sperimentati in ambito sanitario, quali il ricorso al mediatore culturale o la pubblicazione di questionari multilingue utilizzati presso il DEA. E' analizzata in particolare la questione delle problematiche linguistiche

che possono emergere in situazioni di emergenza, evidenziando come una difficoltà di comunicazione possa rivelarsi drammatica in situazioni in cui il fattore temporale svolge un ruolo decisivo per il salvataggio di vite umane.

Modulo tecnico

Per quanto riguarda il modulo tecnico, questo è suddiviso in quattro sezioni principali:

- una sezione ingegneristica, dedicata all'autoprotezione ed alla sicurezza;
- una sezione di valutazione dei processi, indirizzata alle analisi delle esercitazioni;
- una sezione chimica, concernente le problematiche correlate al verificarsi di incendi, esplosioni ed intossicazioni;
- una sezione pratica, che riguarda le metodologie di spegnimento degli incendi e le modalità di evacuazione di ambienti invasi da fumo.

La *sezione ingegneristica* si sviluppa come segue: analisi dei piani di emergenza ospedalieri, modalità di evacuazione dei pazienti critici, sicurezza di operatori e pazienti e problematiche connesse alla segnaletica d'emergenza e alla sua corretta lettura.

Per quanto riguarda la *sezione dedicata all'analisi dei processi*, deve essere tenuto presente che la valutazione di un'azione avviene mediante l'uso di specifici indicatori KPI (*Key Performance Indicators*). Il loro impiego è particolarmente utile nella valutazione delle esercitazioni, in quanto fornisce una misura oggettiva e precisa delle singole fasi del soccorso che riguardano normalmente l'aspetto organizzativo, comunicativo e logistico. Viene descritto, infine, come preparare una scheda di valutazione per un'esercitazione, sottolineando come le qualità di completezza e chiarezza siano fondamentali ai fini delle valutazioni².

Poiché in ambito ospedaliero è possibile incontrare un numero relativamente ampio di sostanze chimiche pericolose, la *sezione chimica* è articolata in modo da presentare agli studenti le indicazioni di rischio associate alle sostanze più diffuse nell'ambiente. In particolare, sono prese in considerazione le diverse categorie di sostanze chimiche classificabili come pericolose quali, ad esempio, ossigeno, gas per la crioconservazione, alcoli e flurani. Infine, sono evidenziati i principi di reattività chimica che spiegano la pericolosità delle sostanze in esame, al fine di consentire un intervento efficace da parte dell'operatore volto a scongiurare o quantomeno a limitare i danni delle situazioni di pericolo.

La *sezione antincendio*, che segue nella cronologia didattica la parte teorica della problematica antincendio fornita dalla sezione chimica, presenta un carattere prettamente pratico. Questa consiste in prove individuali di spegnimento di un incendio tramite l'utilizzo di estintori ed in esercitazioni di evacuazione in ambiente invaso dal fumo.

Risultati

Partecipanti

Trattandosi di un corso inserito nell'offerta formativa elettiva del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, la frequenza degli studenti è avvenuta su partecipazione volontaria.

Su un totale di 45 studenti che hanno frequentato l'ADE, sei hanno scelto di portare avanti il percorso formativo: tre studenti relativamente al modulo sanitario, uno a quello tecnico e due a quello psico-sociale.

Allo stato attuale, terminate le tre fasi formative, tre studenti hanno concluso l'intero percorso totalizzando ognuno 1,5 CFU ADE e 3 CFU AFP, uno studente ha completato la seconda fase, totalizzando 1,5 CFU ADE e 1,5 CFU AFP mentre due studenti, completata la prima fase, hanno manifestato l'intenzione di proseguire il percorso formativo nel ciclo successivo.

Argomenti affrontati nelle fasi di co-formazione e formazione

Per quanto riguarda la fase di co-formazione, gli studenti hanno svolto una breve attività di ricerca su argomenti attinenti al modulo prescelto, per poi illustrarli ai loro compagni nel corso della fase successiva dell'ADE, affiancando i formatori iniziali. I temi trattati sono stati i seguenti:

- *Pediatric Basic Life Support, Infant Basic Life Support*, disostruzione vie aeree nel lattante e nel neonato e supporto vitale al traumatizzato;
- Valutazione del rischio chimico nelle degenze ospedaliere;
- Conseguenze riconducibili all'esposizione ad alcune sostanze chimiche presenti in area ospedaliera;
- Elaborazione di materiale di supporto ai pazienti stranieri che usufruiscono dei servizi erogati dall'AOU Careggi.

Nella successiva fase di formazione, gli studenti hanno gestito autonomamente ed in prima persona l'insegnamento del modulo prescelto.

Discussione

Questa prima esperienza didattica, ideata e realizzata direttamente da studenti e neolaureati, ha messo in evidenza diversi aspetti positivi.

Innanzitutto, l'aver preso in considerazione l'approccio integrato alle grandi emergenze, oltre a costituire il mezzo ideale per affrontare la complessità degli argomenti trattati, ha permesso lo scambio e la collaborazione tra rappresentanti di discipline talvolta distanti tra di loro, favorendo il dialogo, la conoscenza reciproca e l'arricchimento del bagaglio culturale di ognuno. La gestione e l'organizzazione della didattica hanno poi rappresentato uno stimolo ad offrire quanto più possibile un corso che non fosse qualitativamente inferiore ad altri.

Anche per quanto riguarda l'apprendimento dei diversi contenuti, si può osservare un effetto importante: il condividere con altri un argomento, come accade nella seconda e terza fase del percorso formativo, richiede una padronanza dello stesso ben differente da quella necessaria, ad esempio, per il superamento di un esame. È necessario infatti elaborare più approfonditamente la materia con una sorta di "doppio apprendimento" e trasmettere i diversi contenuti in modo appropriato e comprensibile per chi ascolta. In questo senso il formatore è anche chiamato ad affinare alcune abilità sociali, quali quelle relazionali e comunicative (ad esempio parlare in pubblico).

I vantaggi dell'insegnamento tra pari, tuttavia, non sembrano riguardare solo gli studenti. Potenziali effetti positivi infatti sono individuabili anche nei confronti della gestione tradizionale della didattica. Come precedentemente riferito, in alcuni studi effettuati in passato, la scelta di proporre questo tipo di metodologia è stata stimolata dal riconoscimento delle scarse abilità pratiche acquisite tradizionalmente dagli studenti o dalla necessità di far fronte ai tagli alle risorse e di individuare attività formative a basso costo che consentissero in ogni caso un adeguato addestramento degli studenti.

Conclusioni

L'ADE "Il soccorso nelle grandi emergenze in area ospedaliera" continuerà a far parte dell'offerta formativa del Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia anche per l'a.a. 2009/2010.

Contemporaneamente verrà portato avanti uno studio, avviato durante la prima edizione del corso, che consentirà di valutare anche quantitativamente l'apprendimento degli studenti che vi partecipano, facendo ricorso ad un gruppo di controllo.

Inoltre, tra gli studenti organizzatori dell'Attività Didattica Elettiva, è nata la volontà di dare seguito all'esperienza e di rimanere sia in contatto fra di loro, che con il mondo dello studio e della ricerca portati avanti nell'ambito dell'emergenza sanitaria. A tal fine è stata fondata una associazione denominata ARIES (*Associazione Ricerca Interdisciplinare Emergenza e Soccorso*) che ha fra i propri scopi la promozione e divulgazione di una cultura dell'emergenza e del soccorso mediante un approccio multidisciplinare e tramite l'adozione di tecniche didattiche innovative, quali quella dell'insegnamento tra pari.

Per il futuro, infine, verrà prospettato lo sviluppo di una procedura aziendale, che prenda in considerazione il supporto degli studenti, che, da presenza passiva, potranno divenire una risorsa aggiuntiva e competente.

Bibliografia

¹ Milburn, K. (1995). A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health. *Health Educ Res*, 10, 407-420.

² Baumgartner, E., Bombi, A.S. e Pastorelli, C. (2004) Dall'educazione "verticale" all'educazione "orizzontale". Una ricerca sull'educazione tra pari (Peer education: a research contribution). *Psicologia dell'Educazione e della Formazione*, 6, 1, 46-88.

³ Shiner, M. (1999). Defining peer education. *J Adolesc* 1999, 22, 555-556

⁴ Pellai A., Rinaldin V., Tamborini B. (2002). L'educazione tra pari. Prospettive teoriche e modelli. *Animazione Sociale*, 32, 2: 77-88.

⁵ Topping K. J. (1988). *The peer tutoring handbook*. UK: Croom Helm Ltd. (trad. It. Tutoring, 1997. Edizioni Erickson: Gardolo).

⁶ Topping, K.J. (1996). The effectiveness of peer tutoring in further and higher education: a typology and review of literature. *Highb Education*, 32, 3: 321-345.

⁷ Heckmann, J.G., Dtsch, M., Rauch, C., Lang, C., Weih, M. & Schwab. S. (2008). Effects of peer-assisted training during the neurology clerkship: a randomized controlled study. *Eur J Neurol*, 15: 1365-1370.

⁸ Nestel, D., & Kidd, J. (2005). Peer assisted learning in patient-centred interviewing: the impact on student tutors. *Mead Teach*, 27, 5: 439-444.

⁹ Nestel, D., & Kidd, J. (2003). Peer tutoring in patient-centred interviewing skills: experience of a project for first-year students. *Mead Teach*, 25, 4: 398-403.

¹⁰ Perkins, G.D., Hulme, J., Shore, H.R. & Bion, J.F. (1999). Basic life support training for health care students. *Resuscitation*, 41: 19-23.

¹¹ Perkins, G.D., Hulme, J., & Bion, J.F. (2002). Peer-led resuscitation training for healthcare students: a randomized controlled study. *Intensive Care Med*, 28: 698-700.

¹² Altintafli, K.H., Aslan, D., Yildiz, A.N., Subafli, N., El'in, M., Odabafli, O., Bilir, N., & Sayek, I. (2005). The evaluation of first aid and basic life support training for the first year university students. *Toboku J Exp Med*, 205: 157-169.

¹³ Aslan, D., Altintafli, K., Yildiz, A.N., El'in, M., Odabafli O., Subafli, N., Bilir, N., & Sayek, I. (2006). Training of 'first-aid' trainers: a medical school example in Turkey. *Eur J Emerg Med*, 13, 1: 9-13.

¹⁴ Burke, J., Fayaz, S., Graham, K., Matthew, R., & Field, M. (2007). Peer-assisted learning in the acquisition of clinical skills: a supplementary approach to musculoskeletal system training. *Med Teach*, 29: 577-582.

¹⁵ Glynn, L.G., MacFarlane, A., Kelly, M., Cantillon, P. & Murphy, A.W. (2006). Helping each other to learn – a process evaluation of peer assisted learning. *BMC Med Educ*, 6: 18-27.

¹⁶ Field M., Burke J.M., McAllister D. (2007). Peer-assisted learning: a novel approach to clinical skills learning for medical students. *Med Educ*, 41, 4: 411-8

¹⁷ Weyrich, P., Celebi, N., Schrauth, M., Möltner, A., Lammerding-Köppel, M., & Nikenddei, C. (2009). Peer-assisted versus faculty staff-led skills laboratory training: a randomized controlled trial. *Med Educ*, 43: 113-120.

¹⁸ Weyrich, P., Schrauth, M., Kraus, B., Habermehl, D., Netzhammer, N., Zipfel, S., Jnger, J., Riessen, R. & Nikenddei, C. (2008). Undergraduate technical skills training guided by student tutor – Analysis of tutors' attitude, tutees' acceptance and learning progress in an innovative teaching model. *BMC Med Educ*, 8: 18-27.

¹⁹ Lockspeiser, T.M., O'Sullivan, P., Teherani, A., & Muller, J. (2008). Understanding the experience of being taught by peers: the value of social and cognitive congruence. *Adv Health Sci Educ: Theory Pract*, 13: 361-372.

²⁰ Buckley, S., & Zamora, J. (2007). Effects of participation in a cross year peer tutoring programme in clinical examination skills on volunteer tutors' skills and attitudes toward teacher and teaching. *BMC Med Educ*, 7: 20-29.



Progetto Accoglienza

L'esperienza della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Brescia

Carlo Cristini, Antonio Imbasciati, Alberto Ghilardi, Loredana Cena, Anna Maria Della Vedova, Chiara Buizza, Roberto Bresciani, Pietro Apostoli (Brescia)

Premessa

La scelta di un percorso universitario da parte di uno studente è influenzata da numerosi fattori. Non sempre lo studente ha un'idea precisa, appropriata riguardo all'area, ai contenuti e ai luoghi accademici nei quali trascorrerà gli anni della sua vita universitaria. Spesso la spinta ad iscriversi e intraprendere un corso di laurea nasce da motivazioni, concezioni ed aspettative che richiedono un confronto, un orientamento con la realtà universitaria, con le competenze e le prospettive professionali. Perché uno studente si iscrive alla facoltà di medicina? Che cosa significa oggi prepararsi a fare il medico, diventare un clinico, impostare, realizzare ricerche in medicina?

Da questi sintetici assunti la necessità di un progetto di accoglienza strutturato, formalizzato.

L'accoglienza delle matricole implica sia la trasmissione di informazioni riguardo al percorso accademico, agli strumenti, ai contenuti ed agli obiettivi degli studi universitari e della professione sanitaria, sia l'esplorazione e l'approfondimento delle motivazioni che sottendono alla scelta di essere studenti in medicina e di diventare futuri medici.

Metodologia

Il progetto di accoglienza si rivolge agli studenti del primo anno del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia.

Su invito della Presidenza del Corso di Laurea il progetto è stato sviluppato dalla Sezione di Psicologia dell'Università degli Studi di Brescia in collaborazione con la Commissione tutorato della Facoltà medica; si basa essenzialmente su di un'adeguata supervisione di tutors (studenti del V-VI anno di medicina). Come finalità principale si propone di seguire regolarmente l'attività dei tutors che consente di monitorare indirettamente il grado di inserimento, di interesse, di eventuali difficoltà del maggior numero possibile di matricole.

Il progetto è stato strutturato nelle seguenti fasi:

FASE PRELIMINARE

Il progetto di accoglienza, elaborato dalla Sezione di Psicologia, è stato comunicato agli studenti del primo anno di medicina (Anno Accademico 2008-2009) dalla segreteria del corso di laurea che ha pertanto svolto una prima opera di informazione, di sensibilizzazione e di sostegno all'iniziativa.

Il progetto accoglienza rivolto alle matricole - previa volontaria iscrizione degli studenti al progetto stesso - è stato articolato in due giornate a distanza di quindici giorni l'una dall'altra.

È avvenuto un primo incontro con i tutors per un primo scambio di informazioni, di pareri, di impressioni, di curiosità, dubbi, approfondimenti riguardo al progetto di accoglienza, alla sua strutturazione, ai suoi contenuti e obiettivi.

FASE ATTUATIVA

Prima giornata

Nell'incontro di benvenuto a tutti gli studenti iscritti è stato presentato il progetto accoglienza.

Preliminarmente da parte della presidenza e della segreteria del corso di laurea si sono illustrati gli aspetti organizzativi e strutturali, gli insegnamenti del primo triennio, il significato della propedeuticità e dell'integrazione dei corsi, programmi e modalità di esame.

Successivamente alcuni docenti della Facoltà hanno esplicitato l'organizzazione e i contenuti delle due giornate, il senso di un progetto di accoglienza che consiste soprattutto nel seguire gli studenti, immatricolati e iscritti al progetto stesso, attraverso incontri a cadenza periodica, circa una volta al mese, da parte dei tutors, studenti seniors. I temi degli incontri riguarderanno sia questioni tecniche e amministrative, sia le modalità di orientamento e di inserimento nell'ambiente universitario. È stato comunicato che il gruppo dei tutors sarà a sua volta seguito periodicamente, con la medesima cadenza, da due docenti per verificare l'andamento complessivo del progetto di accoglienza e per affrontare in tempi adeguati eventuali problemi ed esigenze. È stato inoltre riferito che per ogni evenienza il singolo studente può chiedere incontri individuali sia ai tutors che ai docenti di psicologia.

I tutors si sono presentati singolarmente, dichiarando la loro disponibilità a seguire gli studenti, sia attraverso le riunioni periodiche, sia tramite incontri non formalizzati. Ad ogni tutor vengono affidate 14-15 matricole.

Dopo la presentazione generale del progetto, agli studenti è stata richiesta la compilazione di un breve questionario, contenente note anagrafiche, motivazioni riguardo alla scelta del corso di laurea, aspettative rispetto agli insegnamenti e al metodo di studio utilizzato.

A conclusione della mattinata un docente di psicologia ha tenuto una relazione su alcuni temi della medicina e della psicologia.

Si sottolinea innanzitutto l'importanza, il valore della scelta di diventare medico, dell'intraprendere una professione impegnativa, in qualche modo 'controcorrente' rispetto ai modelli prevalenti di una società che sembra proiettare i suoi interessi esclusivamente sul profitto, sui risultati da ottenere in fretta e senza troppi sacrifici. La sofferenza, il dolore, il lutto sembrano temi che la comunità sociale tende a tralasciare, a dimenticare, a rimuovere.

Al medico moderno - ma anche all'infermiere, al fisioterapista, agli altri operatori della salute - è sempre più richiesta, oltre alla preparazione tecnica, clinica, una formazione psicologica, di attenzione e sensibilità verso chi soffre, il malato e i suoi congiunti.

Ascolto e comunicazione vengono a costituire strumenti fondamentali per la cura e l'assistenza.

Numerosi studenti hanno sottoscritto formalmente la loro adesione al progetto di accoglienza che prevedeva l'acquisizione di crediti in funzione di una frequenza pari all'80% degli incontri periodici. Successivamente le matricole, suddivise in gruppi randomizzati, si sono incontrate con i rispettivi tutors. In conclusione è stato organizzato un incontro riservato ai tutors per effettuare una verifica del lavoro svolto in gruppo.

- 1) Come valuta la rilevanza del progetto accoglienza rispetto alle sue esigenze di formazione?
- | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> non rilev. | <input type="checkbox"/> poco rilev. | <input type="checkbox"/> abbastanza | <input type="checkbox"/> rilevante | <input type="checkbox"/> molto rilev. |
| (0%) | (2.0%) | (38.8%) | (47.4%) | (11.8%) |

Il 60% circa considera di elevato gradimento il progetto di accoglienza.

- 2) Come le è sembrata la metodologia utilizzata per questo percorso di accoglienza?
- | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> non rilev. | <input type="checkbox"/> poco rilev. | <input type="checkbox"/> abbastanza | <input type="checkbox"/> rilevante | <input type="checkbox"/> molto rilev. |
| (0%) | (3.2%) | (38.9%) | (47.4%) | (10.5%) |

Si riferisce in particolare agli incontri programmati con i tutors.

- 3) Come valuta l'efficacia del percorso accoglienza per la sua formazione?
- | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> scarsa | <input type="checkbox"/> mediocre | <input type="checkbox"/> sufficiente | <input type="checkbox"/> buona | <input type="checkbox"/> ottima |
| (0%) | (4.2%) | (8.5%) | (72,6%) | (14.7%) |

Il progetto di accoglienza viene considerato valido per il percorso formativo dall'87.3% degli studenti

- 4) Come considera la qualità dell'esperienza con i tutors?
- | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> scarsa | <input type="checkbox"/> mediocre | <input type="checkbox"/> sufficiente | <input type="checkbox"/> buona | <input type="checkbox"/> ottima |
| (0%) | (0%) | (3.1%) | (54.3%) | (42.6%) |

Il 97% esprime un elevato gradimento riguardo all'esperienza con i tutors.

- 5) Come valuta l'esperienza di gruppo?
- | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> non rilev. | <input type="checkbox"/> poco rilev. | <input type="checkbox"/> abbastanza | <input type="checkbox"/> rilevante | <input type="checkbox"/> molto rilev. |
| (0%) | (2.1%) | (25.3%) | (57.9%) | (14.7%) |

I dati sembrano evidenziare l'importanza di un'esperienza di gruppo, specie in generazioni con famiglie sempre più caratterizzate dalla presenza di figli unici.

- 6) Quanto ritiene le sia stata utile questa esperienza formativa?
- | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> non utile | <input type="checkbox"/> poco | <input type="checkbox"/> abbastanza | <input type="checkbox"/> utile | <input type="checkbox"/> molto |
| (0%) | (1.1%) | (23.7%) | (51.6%) | (23.7%) |

L'85% ritiene utile l'esperienza in modo fortemente significativo.

- 7) Indichi rispetto a che cosa ha eventualmente sentito utile questa esperienza (sono possibili più risposte):
- | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> svolgimento esami | <input type="checkbox"/> ambientarsi in università | <input type="checkbox"/> conoscere altre persone | <input type="checkbox"/> altro..... |
| (58.9%) | (76.8%) | (49.5%) | |

L'orientamento, l'incontro e il confronto periodici con i tutors (studenti più anziani) e i compagni di corso facilitano l'inserimento in un ambiente nuovo, quello accademico.

- 8) Come è stato il suo gradimento complessivo?
- | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> scarso | <input type="checkbox"/> mediocre | <input type="checkbox"/> sufficiente | <input type="checkbox"/> buono | <input type="checkbox"/> ottimo |
| (0%) | (1.1%) | (5.4%) | (64.5%) | (29.0%) |

E' uno dei dati più significativi: quasi il 95% esprime un gradimento elevato sul progetto complessivo

- 9) Ripeterebbe l'esperienza? Sì (98.9%) anche senza crediti? (98.0%)

L'esperienza viene considerata altamente positiva, al punto di dichiararne un'adesione anche senza il rinforzo dei crediti da conseguire.

- 10) Consiglierebbe ad una matricola la stessa esperienza? Sì (98.9%)

Il dato riflette indirettamente l'opinione dello studente riguardo all'esperienza svolta. E' una domanda in qualche modo 'sociale'; si consiglia ad altri ciò che si è ritenuto positivo, utile per se stessi.

- 11) Come considera la qualità dell'esperienza con i docenti del Corso di Laurea?
- | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> scarso | <input type="checkbox"/> mediocre | <input type="checkbox"/> sufficiente | <input type="checkbox"/> buono | <input type="checkbox"/> ottimo |
| (2.1%) | (4.3%) | (28.7%) | (62.8%) | (2.1%) |

Seconda giornata

Sono stati presentati agli studenti, in seduta plenaria, i risultati delle risposte fornite al questionario motivazionale, lasciando loro uno spazio conclusivo per esprimere riflessioni e commenti sulle due giornate e sul progetto nel suo complesso.

Attività di tutoring

Il progetto accoglienza si è articolato in incontri periodici dei gruppi di matricole, guidati da tutors coordinati e incontrati mensilmente da una psicologa della sezione di psicologia e da un docente della commissione tutorato.

FASE CONCLUSIVA DEL PROGETTO

Sono stati individuati gli strumenti di valutazione del percorso formativo mediante un questionario di gradimento a valutazione progressiva.

Risultati

Al progetto accoglienza realizzato nell'Anno Accademico 2008-2009 si sono iscritti complessivamente 194 matricole (65% F., 35% M.)

133 studenti (125 nell'anno precedente) hanno partecipato almeno all'80% del progetto ed hanno ricevuto i crediti opzionali.

Nell'ultimo incontro i tutors hanno distribuito agli studenti una scheda relativa agli esami superati ed un questionario di gradimento del progetto di accoglienza.

Scheda esami

66 studenti hanno sostenuto tutti gli esami del primo semestre (59 nell'Anno Accademico 2007-2008).

18 studenti devono sostenere ancora 1 esame (40 il precedente anno accademico); 7 ne devono sostenere 2 (8 l'anno scorso); 2 studenti ne devono sostenere 3 (come nel precedente Anno Accademico).

Fra gli esami da sostenere: 16 fisica (21 l'anno scorso), 9 istologia (32 l'anno precedente), 6 inglese (0 l'anno scorso).

Questionario gradimento

I risultati complessivi descrivono un gradimento medio-alto del progetto di accoglienza. Nessun studente ha mai contrassegnato la risposta più negativa (vedi tabella).

Conclusioni

Il progetto di accoglienza, come i dati ci indicano, presenta un'esperienza particolarmente positiva per gli studenti del primo anno. Conferma, migliorando, il gradimento espresso lo scorso anno accademico che sembra riflettersi anche nella maggior efficacia e organizzazione degli studi e degli esami sostenuti. Un valido adattamento produce strategie e applicazioni più adeguate.

I risultati ottenuti, le esperienze riferite ci suggeriscono, indubbiamente, di riproporre il percorso formativo che richiede un impegno qualitativamente e quantitativamente sempre maggiore, anche per rispondere alle diverse esigenze accademiche di studenti, tutors e formatori della sezione di psicologia e della commissione tutorato.

Lecture consigliate

Ackerman, P.L. (1996). A theory of adult intellectual development: process, personality, interests and knowledge, *Intelligence*, 22, 227-257.

Baltes, P.B., Staudinger, U.M., Lindenberger, U. (1999). Lifespan

psychology: theory and application to intellectual functioning, *Annual Reviews of Psychology*, 50, 471-507.

Bion, W. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando, 1997.

Bronstein, M.H., Davidson, L., Keyes, C.L.M., Moore, K.A., The Centre for Child Well-Being (a cura di) (2003). *Well-being. Positive development across the life course*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.

Bruner, J. (1999). Narratives of aging, *Journal of Aging Studies*, 13 (1), 7-9.

Cesa-Bianchi, M. (1998). *Giovani per sempre? L'arte di invecchiare*. Roma-Bari: Laterza.

Cesa-Bianchi, M. (2002). Comunicazione, creatività, invecchiamento. *Ricerche di Psicologia*, XXV, 3, 175-188.

Cesa-Bianchi, M., Antonietti, A. (2003). *Creatività nella vita e nella scuola*. Milano: Mondadori Università.

Cesa-Bianchi, M., Albanese, O. (2004). *Crescere e invecchiare. La prospettiva del ciclo di vita*. Milano: Unicopli.

Cesa-Bianchi, M., Cristini, C. (2009). *Vecchio sarà lei! Muoversi, pensare, comunicare*. Napoli: Guida.

Cesa-Bianchi, M., Porro, A., Cristini, C. (2009). *Sulle tracce della psicologia italiana. Storia e autobiografia*. Milano: FrancoAngeli.

Cesa-Bianchi, M., Cristini, C., Giusti E. (2009). *La creatività scientifica. Il processo che cambia il mondo*. Roma: Sovera.

Cristini, C. (a cura di) (2008). *Psicologia dell'invecchiamento*, Numero speciale dedicato a Marcello Cesa-Bianchi. *Ricerche di Psicologia*, XXXI, 1-2.

Cristini, C., Ghilardi, A. (2008). *Sentire e pensare. Emozioni e apprendimento fra mente e cervello*. Milano: Springer.

De Beni, R., Moè, A. (2000). *Motivazione e apprendimento*. Bologna: il Mulino.

Delle Fave, A., Massimini, F., Poli, M., Prato-Previde, E. (2005). *Psicologia Generale*. Bologna: Monduzzi.

Ghilardi, A., Ronchi, E. (2005) *Il sogno e la cura. L'istituzione come soggetto vivente*. Torino: Ananke.

Ghilardi, A., Costa, A. (2007). "Cultura medica e cultura psicologica" in: Atti II Convegno: *Verso una nuova qualità dell'insegnamento e apprendimento della Psicologia*, Padova, 2-3 febbraio 2007.

Ghilardi, A. (2008). "Psicoterapia, gruppi ed istituzioni" in: A. Imbasciati, C. Cristini, F. Dabrassi e C. Buizza. *Psicoterapie: orientamenti e Scuole. Scienza, misconoscenza e caos nell'artigianato delle psicoterapie*, Torino: C.S.E. (Centro Scientifico Editore).

Hillman, J. (1999). *The force of character and the lasting life*. tr. it. *La forza del carattere*. Milano: Adelphi, 2000.

Hoyer, W.J., Rybush, J.M. (1994). Characterizing adult development, *Journal of Adult Development*, 1, 7-12.

Imbasciati, A. (2001). The unconscious as symbolopoiesis, *Psychoanalysis Review*, 88 (6), 837-873.

Imbasciati, A., 2005. *Psiconalisi e cognitivismo. Una nuova teoria sulle origini e il funzionamento della mente*. Roma: Armando.

Imbasciati, A., (2006a). *Constructing a Mind. A new basis for psychoanalytic theory*. London: Brunner-Routledge.

Imbasciati, A., (2006b). *Il sistema protomentale. Psicoanalisi cognitiva. Origini, costruzione e funzionamento della mente*. Milano: LED.

Imbasciati, A. (2008). *La mente medica. Che significa "umanizzazione" della medicina?* Milano: Springer.

Imbasciati, A., Dabrassi, F., Cena, L. (2007). *Psicologia clinica prenatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*. Padova: Piccin.

Imbasciati, A., Cristini, C., Dabrassi, F., Buizza, C. (2008). *Psicoterapie: orientamenti e Scuole. Scienza, misconoscenza e caos nell'artigianato delle psicoterapie*. Torino: C.S.E. (Centro Scientifico Editore).

Imbasciati, A., Margiotta, M. (2008). *Psicologia clinica. Manuale per la formazione degli operatori della salute*. Padova: Piccin Nuova Libreria.

Kahneman, D., Diener, E., Schwarz, N. (1999). *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russel Sage Foundation.

Laursen, B., Bukowski, W.M. (1997). A developmental guide to the organization of close relationships, *International Journal of Behavioral Development*, 21 (4), 747-770.

LeDoux, J. (2002). *Synaptic Self: how our brains become who we are*, tr. it. *Il Sé sinaptico. Come il nostro cervello ci fa diventare quelli che siamo*. Milano: Raffaello Cortina, 2002..

Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.

Rheinberg, F. (1997). *Psicologia della motivazione*. Bologna: il Mulino, 1996.

Ryan, R.M., Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being, *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

Seligman M., Csikszentmihalyi M., (2000). Positive Psychology: an introduction, *American Psychologist*, 55, 5-14.

Siegel, D.J. (1999). *The developing Mind*, tr. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina, 2001.

Sugarman, L. (2001). *Life-Span Development*, tr. it. *Psicologia del ciclo di vita. Modelli teorici e strategie di intervento*. Milano: Raffaello Cortina, 2003.

Medical English

New prospectives in academic teaching

Anna Loiacono (Foggia)

The process of European coordination, concerning academic curricula, evaluation criteria and diploma supplements is slowly going ahead, though steadily, passing through biennial meetings and Reports: Prague (2001), Berlin (2003), Bergen (2005), London (2007) and Louvain (2009).

Each new "Ordinamento didattico" is supposed to be the realization of those inputs and requirements brought forward by the institutional boards of the member countries; it is the process to which we give the blanket term of "internationalization"; the latest one, among the Italian Academic "Regolamenti didattici", according to the State law 270/2004, marks significant changes starting from the academic year 2009-2010, in terms of frames for discipline inclusion and for the number of credits (minimum and maximum) to be assigned to the constituent disciplines of the curriculum.

The remarkable change concerns the teaching of Medical English in both degree courses in Medical Studies and Dentistry: a consistent extra number of credits has been assigned in those academic contexts where the language teaching was, evidently, underscored; in Foggia, for example, there has been an increase as the following table shows:

Other Italian Medical Faculties, such as Milan, Verona, Rome and Palermo, are showing growing interest and concern in the effort to better organize and coordinate the discipline teaching modules, sometimes charging professors who have their chair either in Literary or in Language Faculties.

As we can see, it is a remarkable improvement towards the full acknowledgment of some basic assumptions about the teaching of "Medical English" in Italian Universities, namely:

a) the need for greater linguistic advancement of Italian medical students to be in line with the European requirements which are definitely higher;

b) the need for closer co-operation between the stakeholders involved into the linguistic process, which doesn't simply mean language teachers: it includes the colleagues of all the other disciplines, the degree course coordinators and the secretarial staff.

c) the necessity to define and offer teaching models targeted on the objectives stated in the core curriculum and required either for job or medical professions.

a) As to the first assumption, it is quite obvious that for some reasons institutional boards tend to ignore, Italian primary/secondary school training can't manage to have students perform, to some acceptable level, the linguistic skills of speaking, writing, reading and listening. The "acceptable level" is hardly an objective evaluation; even more vague is the concept word of "idoneità" in evaluation context: in fact, the Anglo-Saxon institutions prefer to speak of "aims" or "purposes", such as university admittance or job applications, whose respective requirements, that correspond to language descriptors, are usually much more clearly stated and often reported in the same way in companies and multinationals application forms.

In questionnaires proposed to applicants for university admission tests (Loiacono 2008 and Loiacono 2009) most students (about 90%) declared their level of English to be "elementary" or "scarso"; moreover, they hardly know the difference between "parametri europei di valutazione" and "certificazione linguistica esterna".

The word itself "certificazione linguistica" implies some considerations, concerned with

- the required "grade" of the certification for university admittance
- the notional integration to pass from general English to the language for medical purposes
- the range of cases in which a language certificate can be considered as a "substitution" of the curricular examination.

Informative lectures, during the last school year, to orientate students' choices on these issues, would ensure time saving during academic training, in the organization of tutorial activities and of in-course testing.

b) It is important to clear up a common misunderstanding that blurs the boundaries between general English and special English (called ESP or English for Special Purposes): within the ESP broad category, there is a further sub-classification, i.e. EMP or "English for Medical Purposes" EBE or "English for Business and Economics" or EST "English for Science and Technology".

Terminological ambiguity (in Italian, we say "conoscenze linguistiche", "ulteriori conoscenze linguistiche", "microlingue", "linguaggi speciali", "linguaggi settoriali", "linguaggi specialistici") engenders confused perception as to the real boundaries of the discipline as a whole, and the paramount issues about different teaching strategies, about language structures according to genres and standard acquisition of special lexis, are often missed or overlooked.

Medical English is highly marked by Latin terminology, parallel lexis

CLM in Medicina e Chirurgia	Total credits	Years Course	4 th Credits
1999 Ordinamento	2	2 nd	2
2003 Ordinamento	6	1 st	2
		2 nd	2
		3 rd	2
2009 Ordinamento	9	1 st	3
		2 nd	3
		3 rd	3
CLM in Odontoiatria (Dentistry)			
2003 Ordinamento	5	1 st	5
2009 Ordinamento	7	1 st	7

Fig. 1 - English Language Medical School of Foggia.

(medical and lay terms),

acronyms (the same acronyms stand often for different full words), nominalized strings.

In Medical Faculties the discipline should be reorganized in terms of :

uniformity of discipline nomenclature on official documents

inclusion of a SSD teacher in all official boards concerned with teaching, evaluation, equipollence, language curricula and portfolios

definition of minimal teaching units and of common language features (descrittori linguistici del Medical English).

The wind of change has lead some researchers working in Medical Faculties, to monitor the present situation, in order to discuss problems and perspectives of Medical English teaching in Italian Universities. This was the main ground of the first workshop in Medical English, held in Palermo, at the end of June 2009. and co-ordinated by G. Iamartino (Milano Statale), Kim Grego (Milano) and organized by Tatiana Kanziani (Palermo, Facoltà di Medicina). The workshop "*L'Insegnamento dell'Inglese nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia: problemi e prospettive*" was not only attended by language teachers; also professors of medical disciplines delivered their lectures and gave their opinions about the problems and perspectives involved in Medical English teaching.

The workshop focused on topical language issues and was organized into three main thematic sessions:

"*Gli aspetti normativi ed organizzativi*"

"*La ricerca nell'ambito dell'Inglese medico-scientifico*"

"*La didattica dell'Inglese medico-scientifico*"

In the opening lecture, Anna Loiacono (Facoltà di Medicina, University of Foggia) has traced the evolution of the medical teaching in Italy, pointing out at gaps and dissimilarities in the current university system; the lecture was based on data available in "Quaderni delle Conferenze Permanenti," (42/2008) showing the advancements since the "*Programma Quinquennale di Inglese*" (2002) promoted by some researchers in medical disciplines. A further step was a 2008 questionnaire, worked out by some language experts, aimed at mapping the teaching of Medical English across the country. Results and comments were provided in the article appeared in "*Quaderni*" and written by G. Caruso, a Professor of Anatomia Patologica in Bari University, C. Panella, Chair Professor of Gastroenterology in Foggia University and Dean of the Medical Degree Course and H.Snelgrove, who works at "La Sapienza".

In her lecture Loiacono provided analysis, comment and further evidence based on given data, the most remarkable of which is the really low number of teaching professors with a regular position in Medical Faculties: in fact, there are at present only three Associate Professors (In Rome, Naples and Foggia) and three Researchers (Chieti, Naples and Palermo). Credits assigned to the discipline, may vary from 2 to 18 as in the Faculty of Medicina e Chirurgia in Verona, whose teaching biennial courses are coordinated by prof. C. Gagliardi.

The conclusive remarks in the 2002 survey were pointing out at the necessity to adequate our students' linguistic competence to the requirements of medical curricula; proposals were advanced to include English

within the list of basic knowledge or "*requisiti minimi*", together with a consequent modification of the typology of the entrance test for admission to medical courses and health professions. The results of the 2008 questionnaire were further showing, as evidenced by the authors of the article, the lack of uniformity in English medical teaching across the country, leading to lay down some relevant issues for debate, some of which are still under scrutiny for realization. They were, namely:

1. Il test iniziale di conoscenza dell'Inglese generale

2. I valori di CFU relativi al Corso con un range massimo-minimo attorno ad un valore medio stabilito

3. La verticalizzazione negli anni di corso

4. La metodologia di apprendimento attraverso moduli didattici concordati

5. La metodologia di valutazione finale, attraverso l'esame e/o il portfolio.

(Caruso, Panella, Snelgrove, 2008)

New perspectives ahead

The new Ordinamento didattico which implements credits as a mandatory provision, though filling an evident gap, and meeting an urgent need, requires deeper insight and discussion on teaching methods and materials, in content standardization and evaluation procedures. Furthermore, the heavy presence of external teaching staff in medical english courses, requires that guidelines are provided to align individual experience (though fully respecting personal autonomy in teaching) along with academic parameters. In any case, situations should be avoided, for which some programs deal with epidemiology and pharmacological side effects while others get simply stuck on the use of the article and roundabouts.

The layout of a standard paradigm for Medical English teaching is likely to be the field of the second workshop in Medical English, to be held in Foggia, on 28-30, april, 2010. The theme will be approached through some basic issues such as teaching materials in use, definition of teaching units and teaching modalities and multimodalities.

The starting point could be the definition of teaching medical contexts, which can greatly vary as to:

Type of academic course (CLM or Dentistry or Scienze Motorie or Health Professions)

Class of users (undergraduates or post graduates or training doctors or peers or hospital staff)

Typology of needs (for academic or professional purposes)

The basic question that should be in some way answered, is, like a pun of words, what English is to be taught for medical studies and/or to what extent medical subjects can be taught in English.

The answer is not so easy as it may seem.

It may be of help reading through the teaching objectives stated in the *core curriculum* for Medical Faculties (n. 429 to 444):

429. *Grammatica, lessico essenziale e semantica*

430. *Scrivere in lingua inglese in modo grammaticalmente corretto report semplici di vario genere su argomenti biomedici*

431. *Utilizzare motori di ricerca e banche dati in lin-*

gua inglese

432. *Organizzare nella sua impostazione generale un testo scientifico su argomento Biomedico*

433. *Comprendere e discutere con capacità critica articoli di ricerca medica in lingua inglese*

434. *Inglese scritto di report di vario genere per attivare ed ampliare il lessico*

435. *Conoscere i termini di base e i mezzi di comunicazione alternativa per rapportarsi a pazienti di lingua non europea, in particolare nell'emergenza*

436. *Descrivere i mezzi o le strutture organizzative (presenti nel proprio territorio, informatiche, accessibili in rete, etc. atte a facilitare la traduzione simultanea da e per qualsiasi lingua)*

437. *Utilizzare la metanalisi e le revisioni sistematiche per la ricerca delle soluzioni di problemi clinici specifici*

438. *Decodificare e disegnare alberi decisionali e/o flow charts come strumenti di supporto nelle decisioni cliniche (in casi veri o simulati)*

439. *utilizzare dati epidemiologici per la stima della probabilità a priori di malattia e per la corretta utilizzazione dei fattori di rischio*

440. *Utilizzare un programma di statistica sanitaria*

441. *Experimental research articles (GCP, RCT, cohort trial, case-control and cross sectional Studies, etc.) (lettura e commento)*

442. *Genre Analysis: review articles, systematic r. and meta-analyses, management and economic studies*

443. *Tutorial per verifica progressi linguistici e difficoltà incontrate attraverso la peer group evaluation*

444. *Ampliamento finale e valutazione in tutorials del portfolio (che contribuisce per il 30% alla prova scritta finale)*

More than a workshop would be needed to check out for discussion these directives which blend language functions and personal skills, and fall short in grading from simple to complex genre activities. Besides, the main problem of special lexis remains open: who should supposedly determine the necessary minimum thesaurus of medical terms, from "anatomy" to "urology" through all the specialties? Most books available for medical teaching fail in presenting sequential units all inclusive of medical terminology and functions and the objective difficulties are by far too evident to the linguist too.

Nonetheless, an example of effective application of the directives stated above, is demonstrated by volumes 1 and 2 of *English for Medicine*, (B. Bettinelli; N. Carlini; P. Catenaccio, 2005, 2006). The two volumes, whose series, *Domain Specific English* is edited by G. Iamartino and published by Hoepli, introduce the most significant medical themes making grammar and syntax the subordinate instruments to the main teaching focus i.e. the special purpose.

Moreover, it is worth quoting an advanced research in Medical Discourse Analysis, edited by M. Gotti and F. Salager-Meyer (2006): in the volume, oral and written medical contexts are distinguished and their features of genre and functional structures are examined; the focus on the patient-nurse roles and Doctor-Patient consultation is topical as these roles are worthy further introspections.

Teaching translation skills is also to be much implemented, considering the frequent pleas, among professionals, for their needs of submitting abstracts and articles to international reviews.

In 2008, a research study was carried out in Foggia and medical students were monitored and compared in translating from Italian into English: they showed great commitment and cooperation and some results were given at the Aarhus International Conference for the Study of English. (A. Loiacono, forthcoming)

The present claim for a greater amount of teaching hours in medical English implies the urgent definition of standardized language descriptors and shared content units for the discipline.

When the debate for common reference language levels was at its heights, the problem of description issues was being laid forward also for general English. It is worthy quoting a statement that can be applied to special English as well:

"These criteria are very difficult to meet, but are useful as a point of orientation.

They can in fact be met by a combination of intuitive, qualitative and quantitative methods. This is in contrast to the purely intuitive ways in which scales of language proficiency are normally developed. Intuitive, committee authorship may work well for the development of systems for particular contexts, but have certain limitations in relation to the development of a common framework scale. The main weakness of reliance on intuition is that the placement of a particular wording at a particular level is subjective. Secondly there is also the possibility that users from different sectors may have valid differences of perspective due to the needs of their learners" (Common European Framework of Reference for Languages.3.1)

The aim of Foggia workshop will be to identify a shared model of teaching Medical English, based on theories of language competence and worked out by the combination of methods quoted above, by pointing out at proficiency descriptors whose requirements of objectivity and topicality might be fulfilled,

"con la consapevolezza che è in ogni caso proprio dei linguaggi e dei testi specialistici mirare a soddisfare i criteri di veridicità, informatività, pertinenza, perspicuità e ordine, in obbedienza allo statuto epistemologico delle discipline di cui sono espressione" (G. Iamartino in the Preface to Vols 1 and 2 on *English for Medicine*)

References

- 1) Caruso G., C. Panella, H. Snelgrove. "L'insegnamento dell'Inglese Medico nel CLM in Medicina e Chirurgia", in *Med Chir*, 2008, n. 42
- 2) Bettinelli B., N. Carlini, P. Catenaccio. *English for Medicine*, Hoepli, Milano, 2005, vol.1
- 3) Bettinelli B., N. Carlini, P. Catenaccio. *English for Medicine*, Hoepli, Milano, 2006, vol.2
- 4) Gotti M. & F. Salager-Meyer (eds.) *Advances in Medical Discourse Analysis: Oral and Written Contexts*, Peter Lang, Bern, 2006
- 5) Loiacono A. (forthcoming) "Improving English through syntax arrangement", ESSE 9th, Aarhus, Aug. 2008.

L'insegnamento dell'Inglese Scientifico

Fattori che favoriscono o impediscono la motivazione a studiare la lingua nel contesto della Laurea in Medicina e Chirurgia alla Sapienza

Kyriacos Andreas Kyriacou (Roma, La Sapienza)

1. Introduzione

Oggi, l'importanza dell'inglese scientifico è riconosciuta da tutti i corsi di laurea di medicina. Alcuni studenti, però, considerano l'Inglese come una imposizione in più, e spesso la materia è vista dai ragazzi come figlia di un dio minore. Questa ricerca ha lo scopo di rivisitare e riconsiderare il significato e la rilevanza potenziale della motivazione integrativa e strumentale (Gardner 1972, 2005) in un contesto specifico, di apprendimento intensivo. Lo studio primariamente serviva come uno strumento per comprendere le necessità degli studenti, al fine di apportare cambiamenti all'offerta didattica; la motivazione ampiamente migliorata come il risultato diretto dei cambiamenti introdotti consecutivamente allo studio, può fornire utili intuizioni.

Gli studi di Gardner con Lambert (1972) in Canada, su discendenti di lingua madre Inglese che apprendono il Francese come seconda lingua (L2), hanno introdotto i termini "orientamento integrativo e strumentale" ed hanno gettato le basi della maggior parte delle ricerche sulla motivazione nei decenni successivi. La motivazione a imparare una seconda lingua è stata vista come se fosse fondata in attitudini positive verso la comunità L2 e in un desiderio di comunicare con e di diventare simili agli stimati membri di quella comunità.

Gardner sviluppò una rappresentazione schematica di come la motivazione alimenta il processo di apprendimento, il modello socio-educativo, che provò a dimostrare come una visione positiva di un L2 e dei suoi discendenti, accoppiata con un valore positivo attribuito all'apprendimento della lingua in un ambiente culturale di studenti, possa creare una disposizione positiva verso l'apprendimento e condurre a risultati migliori. Il contesto di apprendimento ha un ruolo significativo in questo modello.

Come si è già detto, l'orientamento integrativo può poi condurre alla "motivazione integrativa", dove il discente prenderebbe l'iniziativa e applicherebbe strategie nel tempo per raggiungere l'obiettivo desiderato.

Insieme alla motivazione integrativa, Gardner (1985, 2005) ha definito anche un altro orientamento all'apprendimento di una lingua, vale a dire "strumentale", dove lo stimolo ad apprendere non è primariamente un desiderio di avvicinarsi o assumere gli elementi di una nuova cultura, ma semplicemente acquisire un utile strumento che può essere girato a proprio vantaggio.

Un certo numero di studi ha mostrato che è difficile, se non impossibile, trovare l'Integratività come una variabile positiva in certe situazioni educazionali (Dornyei 2005:96). Uno scopo di questo studio è stato, perciò, investigare se questo è vero per i discendenti che si trovano nella specifica situazione d'istruzione superiore della Facoltà di Medicina della Sapienza. Un ulteriore obiettivo è stato quello di considerare se i dati collezionati sulla motivazione dei discendenti possano utilmente fornirci informazioni sui cambiamenti da apportare al contenuto e/o all'approccio all'apprendimento della lingua in questo contesto.

2. Il Contesto dello Studio ed i Metodi

Nel sistema degli studi, l'insegnamento dell'Inglese viene impartito a grandi gruppi, di livello misto, per approssimativamente 25 ore all'anno per i primi 5 anni di studi. Il corso d'Inglese e l'esame sono diventati parte di un processo intensivo di selezione, ad alta pressione e gli studenti spesso trovano difficoltà a finire entro il tempo prescritto.

Per di più, gli studenti di Medicina sono stati rigorosamente assoggettati a uno "stop" nell'anno accademico 2004/2005. Questo "stop" ha causato grande ansietà nei primi gruppi di studenti ai quali è stato applicato.

Per iscriversi al	Numero minimo di esami superati
2° anno	2 esami superati del I anno
3° anno	tutti gli esami del I anno (totale 4)
4° anno	tutti gli esami del I e II anno, più 2 del III anno (totale 11)
5° anno	tutti gli esami del I, II, e III anno (total 13)
6° anno	tutti gli esami del I, II, III e IV anno, più 2 esami del V anno (totale 21)

Tab. 1 - "Stop" alle iscrizioni, C.L.M. "B" (all'epoca dello studio).

Disegno dello studio

Questa ricerca è nata come tentativo di ottenere un "flash" dei sentimenti degli studenti di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia "B" sui loro studi d'Inglese per cercare di migliorare il loro apprendimento. Il 5° anno è stato utilizzato soltanto per collaudare il breve questionario dello studio, il quale era basato sui questionari standardizzati di questo campo di ricerca. Si è deciso, però, di definire la motivazione degli studenti nei termini più ampi possibili e di analizzare le loro risposte in termini di motivazione "tipo integrativo" o "tipo strumentale". Il questionario ha cercato di bilanciare le risposte con dati oggettivi con le risposte più soggettive, di valutazione.

Analisi dei dati

Il primo stadio dell'analisi è stato dividere i rispondenti secondo la propria medesima dichiarazione della loro motivazione. Coloro i quali consideravano se stessi "molto motivati" e "motivati" sono stati collocati nel gruppo "Motivati". Coloro i quali hanno scelto "non molto motivati" e "non motivati affatto" sono stati collocati nel gruppo "Non Motivati".

3. Risultati

I dati esposti nella tabella 2 mostrano che ci sono differenze molto grandi nella motivazione autoriportata tra gli studenti del 3° anno e del 4° anno. Le proporzioni dei commenti di tipo integrativo e di tipo strumentale varia soltanto leggermente tra i rispondenti che definiscono se stessi Motivati o Non Motivati. Virtualmente

Proporzione di studenti	Gruppo di studio 3° anno N=45	Gruppo di studio 4° anno N= 22	Gruppo di studio 5° anno N= 25
Autodichiaranti 'Motivati' (M) or 'Non Motivati' (NM)	M = 61% M = 39%	M = 14% NM = 86 %	M = 48 % NM = 52 %
Hanno trovato utile il corso di abilità di lettura	97.5%	82%	92%
Hanno trovato utile il corso di internet	97.7%	95%	96 %
Hanno risposto con commenti di tipo integrativo alle domande aperte	23%	14%	
Hanno risposto con commenti di tipo strumentale alle domande aperte	77%	86%	

Tab. 2 - Riassunto dei principali risultati per tutti i 3 anni.

tutti gli studenti, ancora indipendentemente della motivazione autodichiarata hanno riferito di avere trovato utili le classi di Inglese.

tura e della parte del corso di ricerca su Internet. La motivazione riportata non è sembrata influenzare le percezioni dell'esistenza e l'identificazione di barriere all'apprendimento dell'Inglese, o le risposte alle domande aperte, che sono state pesate verso la motivazione del tipo strumentale. La tabella 4 riassume le percezioni riferite dell'importanza dell'Inglese

Questa tabella mostra sorprendenti somiglianze tra alcune risposte tra gli studenti che si sono dichiarati "Motivati" con quelli che si sono dichiarati "Non

Proporzione di studenti M = Motivati NM = Non Motivati	3° anno M = 61%	3° anno NM = 39%	4° anno M = 14%	4° anno NM = 86%
Affermano che il corso di abilità di lettura è utile	100%	89%	100%	79%
Affermano che la parte di corso di Internet è utile	100%	89%	100%	95%
Risondono alla domanda: ci sono barriere dell'università a seguire l'Inglese?	si: 70% no: 30%	si: 89% no: 11%	si: 67% no: 33%	si: 95% no: 5%
Affermano che il Tempo a Disposizione, Altre Materie, ed Esami agiscono come barriere a seguire l'Inglese	19 commenti	15 commenti	1 commento	15 commenti
Danno risposte di tipo integrativo a domande aperte	27% dei commenti	19% dei commenti	43% dei commenti	5% dei commenti
Danno risposte di tipo strumentale a domande aperte	73% dei commenti	81% dei commenti	57% dei commenti	95% dei commenti

Tab. 3 - Analisi delle risposte Motivati/Non Motivati nei gruppi di studio del 3° anno (n=45) e del 4° anno (n=22).

Entrambi i rispondenti "Motivati" e "Non Motivati" hanno riconosciuto il valore del corso di abilità di let-

Motivati". Essa suggerisce altresì che le ragioni percepite dell'importanza dell'Inglese non sono tutte chiaramente strumentali; al contrario, possono essere osservate alcune aree di motivazione integrativa.

Ragioni addotte per spiegare l'importanza dell'Inglese	3° anno M = 61%	3° anno NM = 39%	4° anno M = 14%	4° anno NM = 86%
E' necessario per la futura carriera	96%	94%	66%	74%
E' piacevole da studiare	85%	89%	33%	63%
Per incontrare gente all'estero	93%	89%	66%	58%
Perché la famiglia ne incoraggia lo studio	55%	44%	0%	37%
E' una materia del corso	74%	72%	33%	37%
Per ulteriore sviluppo della persona	93%	94%	66%	68%

Tab. 4 - Rispondenti del 3° e del 4° anno: commenti sulle ragioni dell'importanza dell'Inglese..

Il gruppo del 4° anno aveva tutte le ragioni per dare risposte simili al gruppo del 3° anno. Essi avevano lavorato con soddisfazione negli anni precedenti. La frequenza nei precedenti anni accademici era stata buona e l'attenzione in classe era stato

soddisfacente. Tuttavia, nell'anno accademico dello studio, la frequenza era stata davvero scarsa, con circa 15-20% degli studenti che frequentavano regolarmente. In confronto agli studenti del 3° anno, una percentuale molto piccola di studenti (14%) si è dichiarata motivata.

Indipendentemente dalla motivazione riportata al 4° anno, il corso d'Inglese è stato visto come un corso utile. E' degno di nota che la maggioranza degli studenti "Non Motivati" riconoscono ancora un valore del corso d'Inglese offerto.

4. Discussione

La spiegazione più banale della sorprendente differenza tra la motivazione del 3° e del 4° anno può essere trovata nell'orario delle classi d'Inglese del 4° anno, Corso "B". Gli studenti dovevano aspettare 2 ore tra la fine della loro ultima lezione e l'inizio della lezione d'Inglese. La maggior parte degli studenti preferiva andare a casa e impiegare quel tempo per studiare le materie di Medicina. Una seconda ragione per spiegare la differenza nella motivazione riportata può avere a che fare con le differenze nel grado di pressione sugli studenti in ogni anno. Gli studenti di entrambi gli anni 3° e 4° hanno menzionato specificamente la pressione dello studio e degli esami nelle materie di Medicina come una barriera alla focalizzazione sull'Inglese. Passando dal 2° al 3° anno, gli studenti semplicemente dovevano avere completato i 4 esami del 1° anno. La maggioranza dei nuovi studenti del 3° anno vi era riuscita con successo e il loro coinvolgimento nell'apprendimento dell'Inglese durante il 3° anno era rimasto abbastanza elevato. Tuttavia, gli studenti che avessero voluto passare dal 3° al 4° avrebbero dovuto superare 11 esami. Soltanto la metà dei nuovi studenti del 4° anno c'erano riusciti, come può essere osservato dal numero molto inferiore di studenti del 4° anno (40) rispetto al 3° anno (85).

Deve essere sottolineato che i rispondenti, "Motivati" che "Non-Motivati", condividevano alcune vedute di tipo integrativo. La maggior parte dei rispondenti (vedere Tabelle 3 e 4) riconosceva l'importanza dell'Inglese per ragioni che suonano come "integrative" come considerare l'Inglese un "piacere da studiare" e un mezzo per "sviluppare me stesso" e specialmente l'amicizia, con approssimativamente e il 45% di quelli rispondenti alla domanda nove, in ambedue gli anni 3° e 4°, riportando che essi avevano amici che erano primariamente di lingua Inglese.

Anche se sono stati espressi dubbi sulla possibilità di trovare motivazione integrativa nei contesti d'istruzione terziaria, questo studio ha mostrato l'evidenza della sua esistenza, che, tuttavia, non è correlata a una specifica cultura anglofona. Lamb (2004) ha discusso la possibilità che nel 21° secolo, la lingua Inglese non sia più associata a una particolare nazione o cultura. I risultati di questo studio supportano una tale visione dell'Inglese.

I risultati mostrano che questi studenti sono fermamente radicati nella loro cultura nazionale, ma al di là di essa, sembrano anche identificarsi con le aspettative culturali della loro professione futura e delle loro future personalità. Essere un medico sembra significare di possedere certe conoscenze e abilità ed essi stanno cominciando a vedere l'Inglese come una parte inte-

grante dell'identità del medico moderno.

In riferimento a tali identità Dornyei e Csizer (2002: 453) citano Markus e Nurius (1986): "possibili identità personali rappresentano i concetti che individui possono avere su cosa essi potrebbero diventare, cosa loro piacerebbe diventare e cosa temono di diventare e ciò fornisce un legame concettuale tra la conoscenza e la motivazione (Markus e Nurius 1986: 954)."

Com'è stato prima affermato, la ragione originaria dello studio era stata di informare sulla pratica in classe; alcune decisioni sono già state prese:

- a) l'orario del 4° anno è stato modificato per assicurare che la lezione d'Inglese cade a un'ora più conveniente e non disturbi il tempo di studio personale degli studenti;
- b) ogni anno è stato suddiviso in un gruppo "superiore" e uno "inferiore" in termini di livello linguistico e sono stati introdotti più approcci "interattivi e divertenti" ai materiali;
- c) il "blocco" all'iscrizione (all'anno successivo) è stato un po' ammorbidito da parte dell'amministrazione e il numero di ore di frequenza richiesta per ogni credito del Corso di Medicina è stato ridotto, così alleggerendo un poco il "peso" (in termini di tempo trascorso in classe);
- d) l'attenzione degli studenti è stata ripetutamente attirata verso l'importanza dell'Inglese come parte del loro bagaglio culturale. Ambedue le ragioni di tipo integrativo e di tipo strumentale, per lo studio delle lingue sono rinforzate attraverso la discussione in profondità condotta dagli studenti. Le future identità sono considerate e i futuri ruoli sono discussi;

e) maggiore attenzione è focalizzata sulla parte del corso che riguarda la ricerca delle fonti di dati medici in Internet e il proprio progetto portfolio di ricerca.

Questi primi cambiamenti hanno condotto a risultati davvero sorprendenti. In particolare, gli studenti del 1° e 2° anno adesso sembrano davvero interessati alle lezioni d'Inglese. In aggiunta, c'è un'eccellente opportunità di continuare a modificare il corso dell'Inglese così da focalizzare sempre di più sulla formazione medica nell'ambito del programma d'Inglese. Tali modificazioni sposterebbero il fuoco dallo sviluppo di un'abilità di linguaggio come fine a se stessa verso lo sviluppo di un'abilità di linguaggio come uno strumento per ulteriore formazione medica degli studenti. Questo sarebbe in linea con le iniziative del Content and Language Integrated Learning (Coonan, 2003), (CLIL, in questo contesto, vuol dire Apprendimento Integrato della Lingua e Contenuti del corso di Laurea) e certamente andrebbe a integrare lo studio dell'Inglese nell'ambiente culturale degli studi medici nell'Università.

Bigliografia

- 1) Coonan C.M. (2003), "Some Issues in Implementing CLIL" Available at: <http://userpage.fu-berlin.de/elc/bulletin/9/en/coonan.html> Accessed: 15/11/2009
- 2) Dornyei Z. (2005), *The Psychology of the Language Learner*, Chapter 4, "Motivation and Self-Motivation" pp. 67-119, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey
- 3) Dornyei Z. and Csizer K. (2002), "Dynamics of Language Attitudes And Motivation"; *Applied Linguistics* 23/4, pp. 421-462
- 4) Gardner R. C. & Lambert W. E. (1972), *Attitudes and motivation in second language learning*; Rowley, MA: Newbury House
- 5) Gardner R. C. (2005), Canadian Association of Applied Linguistics/Canadian Linguistics Association Joint Plenary Talk - May 30, 2005, London, Canada Available at: <http://publish.uwo.ca/~gardner/docs/caaltalk5final.pdf> Accessed: Nov 2009
- 6) Lamb M. (2004), "Integrative Motivation in a Globalizing World"; *System* vol 32:1, pp. 3-19

Documento di indirizzo su standard e principi del tirocinio nei CL delle Professioni Sanitarie

Luisa Saiani (Verona), Silvia Bielli (Siena), Oliva Marognolli (Verona), Anna Brugnolli (Verona) con la collaborazione del Gruppo di lavoro composto da Rosanna Lombardi (Siena), Patrizia Galantini (Firenze), Michela Bozzolan, Elisabetta Liboni (Ferrara), Giovanni Valle (Milano) Fiorenza Broggi (Milano), Valerio Dimonte, Pietro Altini, Anna Persico, Patrizia Sanpietro (Torino), , Adriana Dalponte, Duilio Manara (Milano San Raffaele), Mara Dorigo, Elena Fanton, Barbara Bragagnolo (Padova), Maria Vicario, Franco Ascolese (Napoli), Elisa Ambrosi, Nadia Urli, Gianni Casna, Marina Foroni, Flavio Rigo, Mauro Curzel, Valeriano Raffaelli (Verona), Piera Migliorati, Grazia Ghitti, Paolo Carlo Motta (Brescia), Loreto Lancia, Cristina Petrucci (L'Aquila) Paola Ferri, Elisabetta Losi, Carla Budriesi (Modena - Reggio), Maurizio Pajero, (Udine)

Il tirocinio professionale continua a rappresentare il cuore della preparazione professionale degli studenti dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie e rimane una modalità formativa fondamentale per sviluppare competenze professionali, ragionamento diagnostico e pensiero critico.

L'applicazione della legge di Riforma Universitaria 270/ 2004 ai Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie rappresenta l'occasione per riprogettare e consolidare le esperienze maturate nella formazione universitaria.

Nei Corsi di Laurea molto si è sperimentato in questi anni nella formazione pratica; anche sul versante della preparazione di Coordinatori e Tutor si sono realizzate molte iniziative come master e corsi di perfezionamento volte a migliorare le strategie organizzative e tutoriali del tirocinio.

Tuttavia sono ancora poche le pubblicazioni e le ricerche sulla qualità e sull'efficacia dei diversi modelli di tirocinio pur in presenza di un ricco sapere tacito non scritto o raccolto in documenti locali dei singoli corsi di laurea.

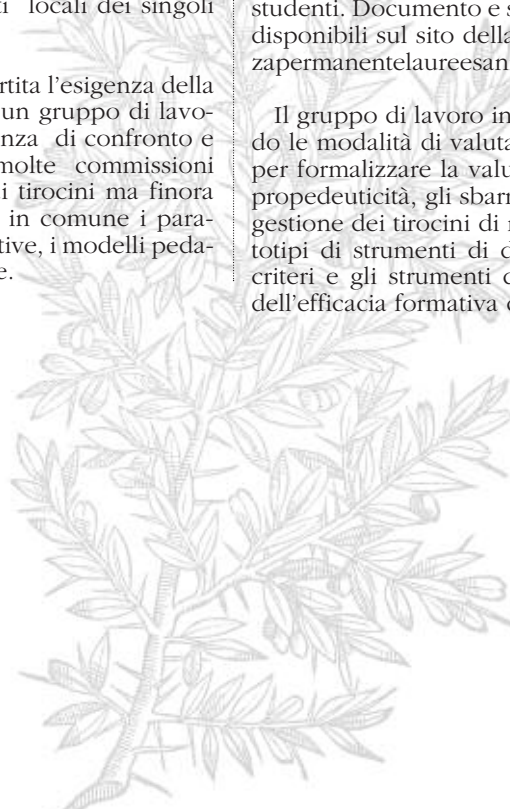
Un'altra constatazione da cui è partita l'esigenza della Conferenza permanente di attivare un gruppo di lavoro sul tirocinio è riferita alla mancanza di confronto e condivisione interprofessionale; molte commissioni hanno dedicato approfondimenti ai tirocini ma finora era mancata l'occasione di mettere in comune i paradigmi di riferimento, le scelte formative, i modelli pedagogici e le procedure organizzative.

Da queste premesse si è iniziato un lavoro di rete che ha visto l'analisi di documenti già disponibili sul tirocinio in due giornate di confronto cui hanno partecipato rappresentanti dei corsi di laurea per fisioterapisti, terapisti della neuro psicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri, ostetriche, infermieri pediatrici, educatori professionali, tecnici sanitari di laboratorio biomedico, tecnici sanitari di radiologia medica.

Gli obiettivi del gruppo di lavoro erano di confrontare e condividere orientamenti comuni per formulare una proposta di standard di qualità del tirocinio da utilizzare anche in occasione della definizione dei nuovi regolamenti didattici.

Questo documento rappresenta un *progress* avanzato che sarà diffuso a tutte le sedi dei corsi di laurea delle professioni sanitarie accompagnato da una scheda in cui si chiede di esprimere su ciascun standard il grado di accordo consultando Coordinatori, Tutor, Referenti aziendali delle sedi di tirocinio e Rappresentanti degli studenti. Documento e scheda di consenso saranno resi disponibili sul sito della Conferenza (www.conferenzapermanentelaureesanitarie.unito.it)

Il gruppo di lavoro intende proseguire approfondendo le modalità di valutazione del tirocinio, le modalità per formalizzare la valutazione annuale di tirocinio, la propedeuticità, gli sbarramenti, il numero di appelli, la gestione dei tirocini di recupero, l'elaborazione di prototipi di strumenti di documentazione del tirocinio, i criteri e gli strumenti di monitoraggio della qualità e dell'efficacia formativa del tirocinio.



<p>8. Il Tirocinio è una pratica supervisionata. Lo scopo è quello di permettere allo studente di raggiungere, mantenere e sviluppare in modo creativo una pratica di alta qualità attraverso un sostegno mirato da parte di uno o più professionisti esperti.</p> <p>La supervisione del tirocinio non si propone di controllare lo studente quanto di svilupparne la responsabilità che si ottiene attraverso la fiducia e l'autostima, aspetti che a loro volta richiedono un sostegno attento e mirato.</p> <p>La supervisione di tirocinio viene garantita da un sistema di tutorato.</p>	<p>Pratica supervisionata</p>
<p>9. Il tirocinio è inserito nell'iter formativo in modo integrato e su un piano dialettico tra teoria e pratica. Si ritiene superato un modello di tirocinio subalterno alla teoria perché oggi riconosciamo che i saperi formali teorici integrandosi con i saperi dei pratici si trasformano in competenza.</p>	<p>Alternanza teoria-tirocinio</p>
<p>10. Il progetto formativo previsto per il tirocinio del corso di laurea deve essere documentato e diffuso all'inizio di ogni anno accademico e deve contenere informazioni riguardo all'alternanza della teoria con il tirocinio, agli obiettivi educativi e standard attesi che guideranno la valutazione, alla filosofia e al modello pedagogico e di tutorato cui si ispira il progetto di tirocinio.</p>	<p>Trasparenza del progetto di tirocinio</p>
<p>B. Programmazione dei Tirocini</p>	
<p>1. L'impegno che lo studente deve dedicare al tirocinio è di minimo 60 CFU di cui non meno di 1200 ore (1400 ore per la prima classe) di esperienza sul campo a contatto con i professionisti presso servizi, strutture, aziende, comunità.</p> <p>1 CFU di tirocinio corrisponde a 25 ore impegno studente e 30 ore per la prima Classe.</p>	<p>Impegno in ore esperienza diretta sul campo</p>
<p>2. I crediti riservati al tirocinio sono da intendersi come impegno complessivo necessario allo studente per raggiungere le competenze professionali core previste dal rispettivo profilo professionale.</p> <p>Il processo di apprendimento in tirocinio si articola di norma secondo le seguenti fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • è preceduto e accompagnato dall'apprendimento dei prerequisiti teorici, da sessioni tutoriali che preparano lo studente all'esperienza, da esercitazioni, simulazioni in cui si sviluppano le abilità tecniche, relazionali e metodologiche in situazione protetta prima o durante la sperimentazione nei contesti reali; • esperienza diretta sul campo con supervisione e accompagnata con sessioni di riflessione e rielaborazione dell'esperienza e feedback costanti; • a supporto di questi processi di apprendimento dall'esperienza possono essere assegnati allo studente compiti didattici (elaborati e approfondimenti scritti specifici) e mandati di studio guidato. Talvolta questi sono necessari per far recuperare allo studente prerequisiti teorici prima di sperimentare interventi sul paziente o su costose tecnologie in modo da garantirne la sicurezza. <p>Queste 3 fasi appartengono ad un processo a spirale che può tornare indietro continuamente e integrare via via le strategie utilizzate anche con successioni diverse, adattandosi alle esigenze dello studente e del contesto di tirocinio.</p>	<p>Il ciclo del tirocinio professionale</p>
<p>3. Nella programmazione triennale le esperienze di tirocinio possono essere inserite con gradualità, per durata e complessità crescente dal 1° al 3° anno. Le singole esperienze di tirocinio non devono necessariamente essere inserite in ciascun semestre e nemmeno alla fine delle attività teoriche; nella distribuzione nel triennio possono talvolta essere successive alla teoria (per esempio al 1° anno), altre volte precederla (per esempio al 2° e 3° anno) e altre volte ancora integrarla (per esempio tirocinio al mattino e attività teorica al pomeriggio).</p> <p>Le ultime esperienze di tirocinio collocate al 3° anno offrono allo studente l'opportunità di provarsi in un'assunzione progressiva di autonomia professionale e operativa.</p>	<p>Complessità crescente dei tirocini e collocazione nel piano di studio</p>
<p>4. Per garantire un utilizzo ottimale delle opportunità offerte dalle sedi di tirocinio e del tutorato si propone, qualora necessario e possibile, di evitare la completa contemporaneità dei tirocini del 1°, 2° e 3° anno. Dalle esperienze emerge che gli studenti del 3° anno che affiancano l'inserimento degli studenti del 1° o del 2° anno, possono essere facilitati nell'apprendere competenze di guida.</p>	<p>Presenza contemporanea degli studenti in tirocinio</p>
<p>5. La qualità dell'esperienza degli studenti dà significato alla quantità del tempo trascorso in tirocinio come fissato dalla normativa e che deve essere rigorosamente rispettato come tempo minimo. Tuttavia la ricchezza di opportunità formative offerte e una rigorosa progettazione e conduzione dei tirocini sono determinanti per un apprendimento di qualità dello studente. È necessario trovare un giusto equilibrio tra quantità e qualità del tirocinio, considerando anche che non è sufficiente che lo studente abbia assolto il monte ore previsto ma è il raggiungimento degli obiettivi formativi a</p>	<p>Qualità più importante della quantità</p>

<p>sancire la conclusione del tirocinio. Questa scelta prevede percorsi di tirocinio personalizzati che tengano conto per alcuni studenti della necessità di aumentare il numero di esperienze per completare la loro formazione professionale.</p>	
<p>6. Le esperienze di tirocinio orientate all'apprendimento di competenze professionali dovrebbero durare di norma dalle 4 alle 6 settimane e avere il carattere di continuità per favorire un giusto senso di appartenenza alla sede, ridurre lo stress dello studente, aumentare il sentimento di auto-efficacia e consolidare le abilità. Tirocini di breve durata e in vari contesti (numerose rotazioni) possono avere un effetto negativo sull'apprendimento di abilità professionali. I tirocini brevi sono da prevedere in numero limitato e per il raggiungimento di un obiettivo specifico o a scopo osservativo. Si concorda sulla necessità di prevedere almeno 5/6 esperienze di tirocinio in contesti diversi nel triennio.</p>	<p>Durata e numero dei tirocini</p>
<p>7. È necessario dare tempo allo studente per apprendere, garantire frequenti feedback formativi prima di procedere ad una valutazione certificativa della performance. I sistemi di valutazione delle competenze attese devono essere espliciti e condivisi tra referenti del Corso e quelli dei servizi. I metodi di valutazione devono essere sottoposti a costante verifica per affidabilità e validità.</p>	<p>Dare tempo per apprendere prima di valutare</p>
<p>C. Criteri di scelta delle sedi di tirocinio</p>	
<p>1. Con sede di tirocinio si intende il Servizio che accoglie lo studente per un periodo di tempo definito. Le sedi di tirocinio devono essere selezionate accuratamente per la qualità dell'ambiente di apprendimento e delle prestazioni e cure erogate. I criteri con cui selezionare le sedi sono: - l'abilità, disponibilità e motivazione dello staff verso l'insegnamento, la supervisione alla relazione educativa - opportunità formative rilevanti nella formazione dello studente - garanzia delle condizioni di sicurezza dello studente - opportunità di apprendimento coerenti alle esigenze dello studente e agli obiettivi o standard formativi: numero e tipologia di utenti che accedono al servizio, varietà e complessità delle patologie e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, preventive e riabilitative; - attività di formazione per il personale e presenza di professionisti qualificati e competenti; - presenza di modelli professionali e/o organizzativi innovativi - rispetto del ruolo dello studente - presenza di strumenti di revisione di alcune pratiche operative, tecnologiche secondo evidenza scientifica e appropriatezza - rapporti interpersonali intra-equipe ed equipe-studenti basati sul confronto e collaborazione - presenza di spazi per incontri con gli studenti riservati all'elaborazione, alla discussione di casi, alla consultazione di testi e/o materiale scientifico.</p>	<p>Criteri di scelta delle sedi di tirocinio</p>
<p>2. L'individuazione e selezione delle sedi di tirocinio è responsabilità del Coordinatore il quale dopo un confronto con i Responsabili dei Servizi propone al Consiglio di Corso l'accREDITamento formale e l'avvio dell'iter di convenzione per la sede individuata. Anche l'assegnazione della sede di tirocinio allo studente è responsabilità del Coordinatore e deve essere progettata e personalizzata.</p>	<p>Responsabilità della selezione delle sedi e dell'assegnazione allo studente</p>
<p>3. L'assegnazione della sede di tirocinio allo studente è guidata dai seguenti criteri: 1. i bisogni e necessità di apprendimento dello studente in relazione agli obiettivi di anno di corso e al suo livello raggiunto (criterio principale) 2. coerenza tra le opportunità offerte dalla sede e gli obiettivi 3. clima organizzativo e stili di leadership della sede 4. presenza funzioni tutoriali più o meno intensive a seconda dei bisogni dello studente 5. necessità personali dello studente (es. percorsi, distanza sede, ..) nei limiti del possibile.</p>	<p>Criteri guida per assegnazione sede di tirocinio allo studente</p>
<p>D. Convenzioni con sedi di tirocinio</p>	
<p>Le sedi per il tirocinio professionale possono essere individuate nell'ambito delle strutture sanitarie e sociali delle Aziende convenzionate con l'Università attraverso i protocolli di intesa regionali o locali oppure strutture esterne nazionali o estere per le quali si deve procedere all'accREDITamento e a specifiche convenzioni.</p>	

<p>È necessario conoscere le norme che citano o disciplinano aspetti relativi al tirocinio, a tal fine si riportano di seguito alcuni estratti significativi:</p> <p>- DIM Università-Salute 19 febbraio 2009 (Lauree triennali riforma 270) Art. 2, comma 1. I corsi di laurea afferenti alle classi di cui al presente decreto sono istituiti e attivati dalle facoltà di Medicina e Chirurgia. <i>La formazione prevista dai predetti corsi avviene nelle Università, nelle Aziende ospedaliere, nelle Aziende ospedaliero-universitarie, negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ovvero presso altre strutture del Servizio sanitario nazionale e istituzioni private accreditate a norma del decreto ministeriale 24 settembre 1997 e successive modificazioni. A tal fine sono stipulati appositi protocolli di intesa tra le regioni e le università, a norma dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni.</i></p> <p>- il D.M. 25 marzo 1998, n° 142 "Regolamento recante norme di attuazione dei principi e dei criteri di cui all'art 18 della L. 24 giugno 1997, sui tirocini formativi e di orientamento estesa a tutti gli ambiti professionali". In questo decreto si afferma che lo studente in tirocinio non sostituisce il personale e suggerisce un iter formale nei rapporti con le sedi che sono l'accreditamento e l'approvazione della qualità della sede da parte del Consiglio di Corso di Laurea e quindi la stipula di una convenzione tra i due rappresentanti legali (Università e Ente), la stesura di un progetto formativo contenente obiettivi e referenti sia universitari che di sede per gli studenti.</p> <p>- Decreto 24 settembre '97 n° 229 "...Le attività di tirocinio sono finalizzate a far acquisire allo studente abilità specifiche d'interesse professionale. Per conseguire tali finalità formative, si possono attivare convenzioni con strutture, sia in Italia che all'estero, che rispondano ai requisiti di idoneità per attività, dotazione di servizi e strutture come previsto..."</p> <p>- Scheda MIUR Potenziale Formativo I requisiti di cui al DIM 24 settembre 1997 e successivi DIM 2 aprile 2001 e 19 febbraio 2009, sono specificamente citati e richiesti nella compilazione della "Scheda Potenziale Formativo" che il Ministero dell'Università chiede ogni anno alle Università per ognuno dei Corsi di Laurea.</p> <p>In particolare i Paragrafi B e C contengono i requisiti minimi: B - Strutture didattiche, scientifiche e di supporto per attività pratiche e di tirocinio Strutture dedicate per tipologia formativa Per i corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie si fa riferimento ai "Requisiti d'idoneità delle strutture per i diplomi Universitari di area medica", di cui al Decreto del Ministro dell'Università emanato di concerto con il Ministro della Sanità il 24 settembre 1997 e al Decreto del Ministro dell'Università 2 aprile 2001, all'art. 2, comma 1. In particolare per il DM 24 settembre 1997, si fa riferimento alla tabella 1, comma D, in cui è stabilito: D2. rapporto numero studenti per ogni operatore dello stesso profilo: tra uno a uno e due a uno. D3. un coordinatore tecnico-pratico dello stesso profilo professionale per ogni corso di DU. C2 - Personale per le attività pratiche e di tirocinio N. studenti N. Tutor dello specifico Profilo professionale, strutturato, di cui uno come coordinatore N. Tutor dello specifico Profilo professionale, in convenzione Rapporto N. studenti per Tutor</p>	<p>Accreditamento Protocolli di intesa</p> <p>Convenzioni e progetto formativo</p> <p>Requisiti di idoneità per attività, dotazione di servizi e strutture</p> <p>Requisiti minimi nel rapporto tra operatore stesso profilo e studente</p>
<p>E. Rapporti con le sedi di Tirocinio e i Servizi di Direzione delle professioni sanitarie o di altre strutture</p>	
<p>Il coordinatore all'inizio di ogni anno accademico allo scopo di presentare la programmazione triennale, motivare i criteri di alternanza teoria tirocinio e la durata delle esperienze di tirocinio, indice una riunione con le direzioni delle professioni sanitarie e coordinatori delle sedi di tirocinio Negozia e condivide i criteri di individuazione dei professionisti a cui saranno affiancati gli studenti nelle sedi di tirocinio Concorda le modalità di comunicazione tra coordinatori, tutor e sedi di tirocinio prima, durante e a fine esperienza. Raccoglie costantemente feedback sulla programmazione e suggerimenti per il miglioramento continuo della qualità dei tirocini anche coinvolgendo i professionisti dei servizi che hanno accompagnato gli studenti. Nelle Strutture Sanitarie di grandi dimensioni si è dimostrato efficace l'individuazione, nell'ambito della Direzione delle professioni sanitarie, di un referente organizzativo dei tirocini unico per tutti i Corsi di Laurea.</p>	<p>Alleanze con le Direzioni dei servizi-sedi di tirocinio</p>
<p>F. Coordinamento delle attività di tirocinio</p>	

<p>La normativa che regola i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie prevede un coordinamento delle attività di tirocinio. Se ne riportano gli estratti più significativi:</p> <p>il Decreto Ministeriale 19 febbraio 2009 – Applicazione della L.270/04 ai Corsi di laurea delle professioni sanitarie Art.4 comma 5 recita ...”L’attività formativa e di tirocinio clinico deve essere svolta con la supervisione e la guida di tutori professionali appositamente formati e assegnati ed è coordinata, con incarico triennale, da un docente appartenente allo specifico profilo professionale, in possesso della Laurea Specialistica o Magistrale della rispettiva classe. E’ compito del coordinatore garantire che gli insegnamenti tecnico-pratici siano conformi allo specifico profilo professionale, in adeguamento alle normative europee previste per gli specifici profili professionali, di concerto con il Consiglio di corso di laurea.</p> <p>Negli allegati precisa ancora”Il raggiungimento delle competenze professionali si attua attraverso una formazione teorica e pratica che includa anche l’acquisizione di competenze comportamentali e che venga conseguita nel contesto lavorativo specifico di ogni profilo, così da garantire, al termine del percorso formativo, la piena padronanza di tutte le necessarie competenze e la loro immediata spendibilità nell’ambiente di lavoro.</p> <p>Particolare rilievo, come parte integrante e qualificante della formazione professionale, riveste l’attività formativa pratica e di tirocinio clinico, svolta con almeno 60 CFU con la supervisione e la guida di tutori professionali appositamente assegnati, coordinata da un docente appartenente al più elevato livello formativo previsto per ciascun specifico profilo professionale e corrispondente alle norme definite a livello europeo ove esistenti”</p> <p>1. Pertanto si ritiene requisito indispensabile per l’attivazione del Corso di Laurea l’affidamento della responsabilità del coordinamento delle attività di tirocinio ad un Docente del settore scientifico disciplinare della professione, dedicato a tempo pieno, denominato “Direttore della Didattica Professionale” che assicura l’integrazione tra gli insegnamenti teorici e il tirocinio, favorisce la conformità degli insegnamenti professionali agli standard di competenza definiti e dirige i tutor professionali.</p> <p>2. Nello specifico le sue aree di competenza sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • realizzare la programmazione e gestione delle attività di tirocinio considerando criteri formativi, organizzativi e clinici dei servizi, nonché le linee di indirizzo degli organi universitari e professionali • coordinare la progettazione, gestione e valutazione delle attività didattiche professionalizzanti avvalendosi per il tirocinio e i laboratori di tutori dedicati e/o dei servizi • coordinare i docenti del settore scientifico disciplinare specifico promuovendo l’integrazione degli insegnamenti teorici con quelli professionali assicurando la pertinenza formativa agli specifici profili professionali • gestire l’inserimento e lo sviluppo formativo dei tutor assegnati • fornire consulenza pedagogica e attività di orientamento agli studenti, attraverso colloqui ed incontri programmati • gestire le risorse in allineamento alle risorse di budget della struttura sanitaria in cui ha sede il Corso di laurea • promuovere strategie di integrazione con i referenti dei servizi sanitari per facilitare e migliorare la qualità dei percorsi formativi • garantire la sicurezza e gli adempimenti della normativa specifica • produrre report e audit rispetto all’attività formativa professionale realizzata. 	<p>Funzione di coordinamento</p> <p>Supervisione e guida di Tutori Professionali assegnati</p> <p>Nuova denominazione del coordinatore tecnico pratico: Direttore della didattica professionale</p> <p>Aree di competenza del Direttore della didattica professionale</p>
G. Modelli di Tutorato	
<p>1. Dalle esperienze di tutorato dei tirocini dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie emerge una gran varietà di modelli di tutorato.</p> <p>La supervisione dello studente durante l’esperienza di tirocinio è garantita da un sistema di tutorato che si può articolare su 3 livelli e di norma assunto da professionisti dello stesso profilo professionale degli studenti:</p> <p>a. Tutor professionale con competenze avanzate sia in ambito pedagogico che nello specifico ambito professionale, ha il mandato di collaborare con il Coordinatore all’organizzazione e gestione dei tirocini, nella progettazione e conduzione di laboratori di formazione professionale e crea le condizioni per la realizzazione di tirocini di qualità. Facilita i processi di valutazione dell’apprendimento in tirocinio.</p> <p>b. Supervisore coincide con un professionista del servizio in cui gli studenti effettuano il tirocinio, supervisiona il percorso in quella sede e aiuta i colleghi a selezionare le opportunità di apprendimento in coerenza con gli obiettivi e il piano di tirocinio condiviso con studente e Tutor professionale; offre supporto ai Colleghi che affiancano gli studenti sia durante il percorso che nella fase della valutazione. Frequentemente si è formato con specifici percorsi alla funzione tutoriale</p>	<p>Tre livelli di tutorato: tutor professionale, supervisore, guida di tirocinio</p>

<p>c. Guida di Tirocinio è il professionista che guida e accompagna lo studente nella sede di tirocinio mentre svolge le sue normali attività lavorative Assume funzioni di “modello di ruolo” che guida lo studente nell’apprendimento professionale. E’ garante della sicurezza dello studente e degli utenti, vigila affinché gli utenti ricevano una prestazione di qualità anche quando delegata con supervisione agli studenti, si assicura che gli utenti siano informati e diano il loro consenso ad essere assistiti da uno studente.</p> <p>2. Il requisito minimo di ogni Corso di Laurea prevede un Tutor dedicato a tempo pieno; tale dotazione dovrà essere aumentata in rapporto al numero di studenti e al modello di tutorato necessario. Il Tutorato di tirocinio è praticato con forme organizzative diverse dalle Università, frequentemente sono assegnati al Corso di Laurea a tempo pieno o parziale alcuni professionisti con la funzione di tutor, con un rapporto tutor/studente molto variabile. Tutti i Corsi di Laurea coinvolgono professionisti dei servizi che svolgono il tutorato durante le normali attività di servizio e talvolta con un pool di ore dedicate.</p> <p>3. Si ritiene prioritario formalizzare e certificare le funzioni tutoriali per dare stabilità al sistema e permetterne il riconoscimento ai fini dello sviluppo professionale e di carriera.</p> <p>4. È necessario prevedere per i Tutor la possibilità di accedere ad uno sviluppo di carriera sulla base dell’acquisizione di competenze avanzate e per il Direttore la possibilità di carriera propria dei ruoli dirigenziali.</p> <p>La varietà di esperienze può essere sintetizzata in 4 modelli di tutorato: Modello con Tutor dedicato: gli studenti, soprattutto del 1 e 2 anno, sono accompagnati durante il tirocinio da un Tutor dedicato, spesso esterno alla sede di tirocinio, che seleziona le opportunità formative, integra l’esperienza pratica con la teoria appresa, presidia in particolare le prime fasi di apprendimento di un intervento o di una competenza.</p> <p>Modello in cui lo studente è guidato da un professionista del servizio sede di tirocinio che assume funzione di tutorato con un rapporto 1:1 fornendo soprattutto un modello di ruolo.</p> <p>Modello in cui lo studente o un piccolo gruppo di studenti sono affidati a tutto il personale della sede di tirocinio: di norma un Tutor esterno del Corso di Laurea cura i rapporti e l’organizzazione del progetto di tirocinio, raccoglie la valutazione e svolge un ruolo di consulenza sia per lo studente che per gli operatori.</p> <p>Modello misto: gli studenti sono affidati ad un professionista tutor del servizio, che ha seguito un percorso formativo al tutorato, in stretta collaborazione con i Tutor dedicati che fanno da integratori e da supporto con una presenza nella sede più o meno intensiva.</p> <p>Ogni modello presenta vantaggi e svantaggi. Il Coordinatore con la sua equipe di Tutor deve scegliere quello più adatto dopo aver considerato la filosofia pedagogica del Corso di laurea, gli obiettivi, le risorse disponibili, le caratteristiche delle sedi, la disponibilità di esperti, e le caratteristiche degli studenti. In tutti i modelli di Tutorato è fondamentale creare un clima di apprendimento, nel quale gli studenti si sentano supportati mentre acquistano conoscenze e abilità, e imparano comportamenti di quel ruolo che sarà in futuro il loro.</p>	<p>Requisito minimo 1 Tutor professionale a tempo pieno</p> <p>Formalizzare l’incarico di tutor /supervisore/guida</p> <p>Possibilità di carriera</p>
<p>H. Documentazione del tirocinio professionale</p>	
<p>Ogni Corso di Laurea adotta propri strumenti di documentazione del percorso di tirocinio Si ritengono tuttavia fondamentali i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento contenente il processo di pianificazione del tirocinio, modello pedagogico proposto, gli obiettivi formativi, indicatori e strumenti di valutazione delle performance, funzioni dei Tutor • Documento sui diritti e doveri dello studente • Documento dell’attività di laboratorio professionale e dei report scritti • Libretto triennale dove lo studente documenta la frequenza e le sedi di tirocinio 	<p>Documentazione del percorso di tirocinio</p>
<p>I. Monitoraggio della qualità del tirocinio</p>	
<p>Deve essere garantita una valutazione continua del tirocinio e della qualità delle diverse dimensioni</p>	

<p>dell'offerta formativa professionalizzante. <i>Si propone come prossimo lavoro del Gruppo Consensus Conference la costruzione di una griglia di monitoraggio del tirocinio</i></p>	<p>Monitoraggio della qualità dei tirocini</p>
<p>L. Prerequisiti di accesso al tirocinio</p>	
<p>Il Direttore della didattica professionale ammette alla frequenza dell'esperienza di tirocinio previsto per l'anno di corso gli studenti che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hanno ottenuto la frequenza regolare alle attività formative teoriche • la frequenza regolare dei laboratori propedeutici al tirocinio <p>Al primo anno, prima di iniziare le esperienze di tirocinio, lo studente è reso consapevole con interventi formativi e di laboratorio specifici della prevenzione dei rischi e sicurezza nei luoghi di tirocinio (rischio biologico, chimico, radiologico, ..). Viene fornito di Dispositivi di protezione individuale e dichiara per iscritto di avere ricevuto precise informazioni sulla sua sicurezza.</p>	<p>Requisiti di accesso al tirocinio</p>
<p>M. Processo di valutazione dell'apprendimento</p>	
<p>Le esperienze di tirocinio devono essere progettate, valutate e documentate nel percorso dello studente. Durante ogni esperienza di tirocinio lo studente riceve valutazioni formative sui suoi progressi sia attraverso colloqui che schede di valutazione.</p> <p>Al termine di ciascun anno di corso viene effettuata una valutazione certificativa per accertare i livelli raggiunti dallo studente nello sviluppo delle competenze professionali attese. Tale valutazione è la sintesi delle valutazioni formative via via documentate durante l'anno di corso, il profitto raggiunto negli elaborati scritti e le performance dimostrate all'esame di tirocinio che può essere realizzato con colloqui, prove scritte applicative, esami con simulazioni o su casi e situazioni reali.</p> <p>Al termine di ciascun anno accademico, una Commissione presieduta dal Coordinatore e composta da un minimo di due docenti certifica il livello di apprendimento professionale raggiunto dallo studente negli standard previsti.</p> <p>Su tre aspetti non è stato trovato consenso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Come considerare il non raggiungimento degli obiettivi di tirocini dell'anno ai fini della continuità degli studi? qualora lo studente non avesse raggiunto gli obiettivi previsti per quell'anno di corso lo ripete per tutti i crediti relativi al tirocinio (sbarramento) oppure prosegue con la frequenza dell'anno successivo per la parte teorica, frequenta tirocini di recupero e solo dopo aver superato la certificazione passa al tirocinio dell'anno successivo (propedeuticità)? 2. Come esprimere la valutazione certificativa del tirocinio? In trentesimi o solo con giudizio di idoneità? 3. Quanti appelli per l'esame annuale di tirocinio? Sul numero di appelli per l'esame annuale di tirocinio una posizione propone di dare 2 appelli e altri invece 1 appello e tenerne un secondo solo per casi particolari 	<p>Garantire valutazioni formative durante i tirocini</p> <p>Valutazione certificativa annuale del tirocinio</p> <p>Sbarramento o propedeuticità Esame di tirocinio Punteggio o idoneità Numero di appelli</p>
<p>N. Studente con difficoltà o studente non sicuro</p>	
<p>1. In tirocinio il termine " difficoltà" o "studente non sicuro" è utilizzato per gli studenti il cui livello di pratica è discutibile o dubbio nelle aree della sicurezza, conoscenza, abilità tecnico-operative ed interpersonali. L'intraprendere ed il perseguire obiettivi ed attività rispetto alle quali lo studente non è adeguatamente preparato diventa fonte di stress sia per lo studente che per il Tutor. E' pertanto essenziale rinegoziare e riadattare il piano/programma di tirocinio, prevedere un piano di azione personalizzato e valutare nel corso dell'anno la necessità di ulteriori esperienze di tirocinio che potrebbero anche determinare il "non passaggio" all'anno successivo.</p>	<p>Piani personalizzati per studenti con difficoltà di apprendimento</p>
<p>O. Assenze</p>	
<p>1. Lo studente che si assenta dal tirocinio per periodi brevi (assenze inferiori ad una settimana durante l'anno) può recuperare tali assenze con modalità concordate con il Direttore della didattica professionale salvaguardando orari che offrano opportunità di apprendimento.</p> <p>2. Lo studente che si assenta dal tirocinio per periodi lunghi (assenze superiori a 2 settimane nell'anno) – per gravi e giustificati motivi – deve concordare con il Direttore della didattica professionale un piano di recupero personalizzato.</p>	<p>Assenze brevi</p> <p>Assenze lunghe</p>

L'esperienza supplementare dovrà essere valutata e registrata a tutti gli effetti sul libretto di tirocinio a scopi assicurativi, ma non potrà essere considerata un anticipo dell'anno successivo.	tirocini supplementari
S. Sciopero dei dipendenti delle strutture di tirocinio	
Qualora lo sciopero interessi l'area del personale non dirigenziale della sanità il tirocinio è sospeso in quanto il numero di operatori presente (contingente minimo) non garantisca una adeguata supervisione dello studente e di conseguenza la sicurezza dell'utente. Tale assenza non dovrà essere recuperata, le ore saranno riconosciute come studio individuale.	Sciopero
T. Codice di comportamento degli studenti delle professioni sanitarie in tirocinio	
<p>Gli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie quando effettuano tirocini nei servizi assumono responsabilità verso i cittadini-utenti perché per apprendere hanno bisogno di inserirsi attivamente nei piani di cura e nelle prestazioni erogate. Pertanto è necessario formare gli studenti ad assumere consapevolmente un comportamento conforme con valori di rispetto ed eticità nell'ambiente clinico o accademico, ma anche per uno sviluppo completo della sua persona.</p> <p>Durante il tirocinio come studente, coinvolto attivamente nell'ambiente clinico, mi impegno a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agire entro i limiti del ruolo di studente e della progressiva autonomia operativa appresa - Prepararmi per il tirocinio in accordo con gli obiettivi e le specificità della sede di tirocinio - Sostenere i diritti di tutti gli utenti - Mantenere la riservatezza e la confidenzialità delle informazioni degli utenti - Intraprendere azioni appropriate per garantire la mia sicurezza, quella degli utenti e dei colleghi; - Riferire le attività effettuate in modo sincero, puntuale e preciso; - Accettare le responsabilità delle mie azioni; - Trattare gli altri rispettando le diverse etnie, i valori e le scelte relative ai credi culturali e spirituali, status sociale i diritti umani, - Collaborare in modo attivo e propositivo per migliorare il mio percorso formativo - Astenermi dal mettere in pratica qualsiasi tecnica o metodica per la quale non ho ricevuto una adeguata preparazione o ottenuto la certificazione; - Riconoscere che il mio apprendimento deve essere supervisionato - Riferire puntualmente condizioni di non sicurezza (errori) e farne occasione di riflessione formativa - Informare gli utenti e/o famigliari che sono studente e i limiti dei compiti che posso assumere e rendendo visibile il cartellino di riconoscimento - Astenermi dall'uso di qualsiasi sostanza che possa compromettere la capacità di giudizio - Promuovere l'immagine della professione ed essere modello di "promozione della salute" attraverso il comportamento, le azioni, l'uso della divisa, le espressioni e le modalità di comunicazione verbale e non verbale. 	In Tirocinio come studente mi impegno a ...

Bibliografia

Si ringraziano i Corsi di Laurea, in particolare Trento, Siena, Verona, Torino e Ferrara che hanno messo a disposizione documenti e progetti di tirocinio. Altre fonti utilizzate per la stesura del documento sono:

- Bond M, Holland S. Skills of clinical supervision for nurses. Open University Press, Philadelphia, 1998.
- Brugnolli A, Saiani L, Palese A. Percezione degli studenti infermieri delle strategie tutoriali nell'apprendimento clinic. Tutor 2008 8(3):124-31.
- Brugnolli A. e Team del Corso di Laurea in Infermieristica - Filosofia e principi dell'insegnamento clinico nella formazione universitaria dell'infermiere e Guida per il Supervisore e Coordinatore 2009.
- Cunico L, Saiani L, Brugnolli A et al. Fattori di stress in tirocinio. Convegno Internazionale Le sfide emergenti dell'Infermieristica Trento 19-20 ottobre 2007 .Tutor 2008; 8(1-2):72-4.
- Heath H & Freshwater D. Clinical supervision as an emancipatory process: avoiding inappropriate intent. J Adv Nurs 2000; 32: 1298-1306.
- Levett-Jones T, Lathlean J, Higgins I, McMillan M. The duration of clinical placements: a key influence on nursing students' experience of belongingness. Aust J Adv Nurs 2009; 26(2): 8-16.

- Löfmark A, Wilblad F. Facilitating and obstructing factors for development of learning in clinical practice: a student prospective. J Adv Nurs 2001; 34(1): 43-50.
- Mallaber P, Turner P. Competency versus hours: an examination of the current dilemma in nurse education. Nurse Educ Today 2006; 26(2):110-14.
- Mortari L. Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione. Ed Carocci, Roma, 2003.
- Palese A, Saiani L, Brugnolli A, Regattin L. The impact of tutorial strategies on student nurses' accuracy in diagnostic reasoning in different educational setting: a double pragmatic trial in Italy. Int J Nurs Stud 2008;45(9):1285-98.
- Perli S, Brugnolli A. Italian nursing students' perception of their clinical learning environment as measured with the CLEI tool. Nurse Educ Today 2009; 29(8):886-90.
- Prosperi L, Brugnolli A, Saiani L. Accertamento delle competenze cliniche attraverso l'objective structured clinical examination (OSCE). Tutor 2008; 8(1-2):86-7.
- Schön D.A. The Reflective Practitioner – How Professionals think in action. Basic Book, New York, 1983.
- Zannini L. La tutorship nella formazione degli adulti – Uno sguardo pedagogico. Ed. Angelo Guerini e Associati, Milano, 2005.

Progress test nelle Lauree Sanitarie

Metodologia e risultati nel Corso di Laurea in Ostetricia

Mario Rende¹, Anna Maria Stabile¹, Maria Cristina Bartoli³, Milena Baschieri³, Mariangela Bianco², Michela Bonacorsi⁴, Pamela Campanile², Rosaria Cappadona⁴, Nicola Colacurci², Anna Maria Di Paolo¹, Gian Carlo Di Renzo¹, Claudia Montagnoli¹, Rosa Oro², Alfredo Patella⁴, Alessandra Pistilli¹, Nicola Rizzo³, Marianna Salzano², Giovanna Sepe², Maria Vicario², Maria Vigliotti²
(Sedi di Perugia¹, Napoli SUN², Bologna³ e Ferrara⁴ del corso di laurea in Ostetricia)

Introduzione

Nei corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia il *Progress Test* è sicuramente passato, nell'arco di pochi anni, da una fase di sperimentazione, limitata a poche sedi particolarmente sensibili a testare nuovi modelli valutativi, ad una fase di generale consenso sul suo ruolo di effettivo e valido strumento di misurazione delle capacità dell'insegnamento/apprendimento di un corso di Laurea. L'interesse generale che questa metodica ha destato si è naturalmente esteso anche nell'ambito delle lauree sanitarie. In questa stessa rivista si è già discusso sull'opportunità di introdurre il *Progress Test* anche nell'ambito dei corsi professionalizzanti sanitari (Pillastrini *et Al.*, 2008). Conseguentemente, fra il 2008 e il 2009, si sono svolti a Bologna diversi incontri dedicati alla creazione di specifici gruppi di lavoro per ciascuna tipologia di Laurea sanitaria. Nell'ambito del corso di Laurea in Ostetricia si è subito formato un gruppo operativo che ha portato il 23 luglio scorso allo svolgimento del primo *Progress Test* italiano nell'ambito di una Laurea sanitaria.

Al di là del ribadire la validità del *Progress Test* come strumento didattico per analizzare la progressione o il decadimento della conoscenza lungo gli anni del corso, questo articolo non tratterà dei principi generali alla base di questa metodica, rimandando il lettore agli altri articoli già apparsi in questa rivista (Tenore e Binetti, 2006; Tenore e Vettore, 2007; Tenore, 2008; Pillastrini *et Al.*, 2008). L'obiettivo del presente articolo è, infatti, quello di illustrare sia la particolare metodica che il gruppo di lavoro del corso di Laurea in Ostetricia ha sviluppato per creare un proprio *Progress Test*, sia i risultati conseguentemente ottenuti e le sue possibili implicazioni nell'organizzazione didattica del corso stesso. Riteniamo, infatti, che la nuova metodica utilizzata e i risultati ottenuti possano essere un interessante spunto di riflessione anche per la costruzione del *Progress Test* in altri corsi di Laurea.

Pur avendo offerto a tutte le sedi italiane del corso di Laurea in Ostetricia la possibilità di partecipare allo sviluppo del *Progress Test*, il gruppo di lavoro che si è alla fine concretizzato è stato formato dai Presidenti e Coordinatori delle sedi di Bologna, Ferrara, Napoli SUN e Perugia. La sede di Napoli SUN ha partecipato coinvolgendo anche le sue due sedi di Caserta e Salerno, portando quindi a sei le sedi dove questa prima esperienza di *Progress Test* in ambito sanitario è stata effettuata.

Metodologia

Partendo dal principio che il *Progress Test* avrebbe dovuto riguardare esclusivamente gli insegnamenti degli SSD comuni e presenti in tutte le sedi, il gruppo di lavoro ha preliminarmente costruito una tabella di

confronto degli ordinamenti didattici di ciascuna sede in base alle attività formative/ambiti disciplinari. Questa iniziale fase di lavoro ha subito evidenziato non solo una grande disparità fra le sedi nell'attribuzione dei CFU ad uno stesso SSD, ma anche ha rivelato che diversi insegnamenti erano presenti solo in alcune sedi e non in altre. Ad esempio, l'SSD M-DEA/01 (Discipline Demotnoantropologiche) era presente in una sola sede e lo stesso caratterizzante MED/47 (Scienze Infermieristiche Ostetrico-Ginecologiche) aveva l'attribuzione di 13.5 CFU in una sede e di 36 CFU in un'altra. Al di là dell'escludere dal *Progress Test* tutti gli insegnamenti non comuni a tutte le sedi, questa semplice comparazione ha chiaramente indicato l'urgente necessità di revisione del *core curriculum* del corso di Laurea in Ostetricia al fine di raggiungere un *consensus* sull'offerta formativa che possa limitare sia delle grossolane disparità negli ambiti delle conoscenze acquisite, sia una corretta mobilità studentesca fra sede e sede (vedi nota ministeriale 160/2009 che indica come criticità la scarsa mobilità dello studente).

Una volta stabilita una tabella comprendente tutti gli insegnamenti comuni e oggetto del *Progress Test*, il gruppo di lavoro ha deciso tre successive determinazioni operative: a) la quantizzazione del numero di domande per ciascun insegnamento; b) il tempo massimo da dare per la risposta a ciascuna domanda e, c) la modalità di produzione delle domande. Riguardo ai primi due punti, si è stabilito in 100 il numero totale delle domande oggetto del *Progress Test* e in circa 1-1.5 minuti il tempo di risposta per una singola domanda. Mentre quest'ultima determinazione del tempo massimo concesso a domanda corrisponde ad uno standard internazionale e limita durante il test la possibilità di scambio di informazioni fra gli studenti, il gruppo di lavoro è stato anche concorde nel non ritenere il numero totale di 100 domande come finale e ottimale, ma di ritenerlo invece idoneo per questa prima prova sperimentale, riservandosi di raggiungere il numero di 150-200 domande in una successiva prova. Inoltre, considerando l'indirizzo professionalizzante del corso di Laurea, il gruppo è stato concorde nell'assegnare il 50% delle domande al settore MED/47 e di riservare percentuali variabili dall'8% (MED/40, Ginecologia e Ostetricia) al 2% (BIO/10, Biochimica) agli altri insegnamenti coinvolti. La distribuzione delle domande per SSD è illustrata nella figura 1. Come di norma ciascuna domanda prevede 5 risposte di cui solo una è quella corretta.

Per quanto riguarda la modalità di creazione del pool di domande per ogni SSD, il gruppo ha stabilito un inderogabile principio generale per cui ogni domanda di un SSD doveva essere condivisa e accettata da tutti i docenti di quello specifico settore nelle sei sedi coin-

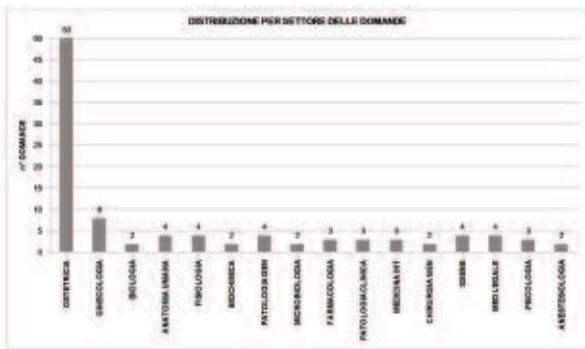


Fig. 1

volte. A tal fine si è formato un indirizzario email con una divisione in gruppi di docenti delle diverse sedi afferenti ad uno stesso SSD e si è inviata una comune email in cui, oltre a spiegare i principi e le ragioni di questo *Progress Test*, si richiedeva a ciascun gruppo disciplinare di riunirsi telematicamente per discutere i programmi svolti e formulare delle specifiche domande di settore sulla base di una comune linea guida che prevedeva tre direttive di base:

a) creare domande su argomenti fondamentali e imprescindibili nelle conoscenze di un professionista ostetrico/a, evitando domande su aspetti più specifici e approfonditi che invece sono oggetto di un normale esame di profitto di quell'insegnamento;

b) prestare la massima attenzione affinché ogni singola domanda, dalla sua parte enunciativa alle singole cinque risposte possibili, avesse la totale accettazione e condivisione di tutti gli altri docenti del settore, nessuno escluso;

c) formulare ciascuna domanda in modo tale da poter essere letta e ponderata da uno studente nell'arco del tempo di circa 1-1.5 minuto/domanda. Conseguentemente, si è raccomandata una tipologia di domanda breve e chiara, evitando al massimo delle risposte troppo generiche del tipo "tutte quelle precedenti/nessuna di quelle precedenti".

Per supportare uno standard comune di formulazione, si è allegato all'email un *format* di una domanda tipo. Il numero delle domande richieste a ciascun gruppo disciplinare è stato tre volte superiore alla percentuale definita per quel settore nel *Progress Test* al fine di poter successivamente operare un sorteggio delle domande da inserire nel testo finale della prova. I docenti di settore, quindi, non sapevano quali domande, fra quelle del pool da loro formato, sarebbero state oggetto del test.

A seguito di questa email, ogni gruppo di lavoro di SSD ha iniziato a riunirsi telematicamente per concordare unitariamente le domande. Questa fase è stata particolarmente critica e ha necessitato di una serie di sollecitazioni e interventi su un certo numero di gruppi di lavoro. Bisogna tuttavia sottolineare che, dopo un primo momento di riflessione e maturazione da parte dei vari docenti del lavoro da svolgere e delle sue ragioni didattiche, gran parte dei gruppi di lavoro disciplinare hanno subito dopo dimostrato un positivo interesse all'esperienza e hanno telematicamente proposto e discusso delle proprie domande di settore fino a raggiungere un reale *consensus* su ogni singola domanda.

Gli autori dell'articolo sono concordi nel sottolineare l'importanza fondamentale di questa fase di preparazione del *Progress Test*. Riteniamo, infatti, che il coinvolgimento di tutti i Docenti di uno stesso SSD in tutte le sedi nel formulare domande condivise/accettate possa superare alcune importanti criticità emerse nel *Progress Test* effettuato nel corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Con questa metodologia si è quindi assicurato che tutti gli studenti erano potenzialmente in grado di rispondere su argomenti di settore che erano stati paritariamente svolti in tutte le sedi. Come importante corollario di questa fase di lavoro, il dialogo intrapreso fra tutti i docenti di SSD sul programma svolto nel corso di Laurea in Ostetricia ha chiaramente evidenziato alcune rilevanti problematiche riguardanti il *core curriculum* del settore. Queste problematiche sono state ben chiare soprattutto negli SSD di base nei casi in cui i docenti dovevano accorparsi in un unico corso sia studenti di infermieristica che quelli di ostetricia. In quest'ultimo caso, il programma svolto è risultato ovviamente più generale e, in alcuni aspetti, anche molto diverso rispetto a quello svolto dai docenti che non avevano operato questo accorpamento. Questi ultimi docenti, infatti, hanno avuto più tempo per sviluppare e approfondire meglio quegli argomenti con un più alto impatto professionale per le ostetriche/i.

Ottenuto da ogni SSD il proprio *pool* di domande condivise/accettate e operato il sorteggio delle domande che avrebbero composto il testo finale della prova, il gruppo di lavoro generale del corso di Laurea in Ostetricia ha successivamente formulato all'unanimità due ulteriori principi metodologici per un corretto svolgimento del *Progress Test*: a) predisporre al momento del test uno scambio fra le sedi dei docenti responsabili; b) stabilire il periodo più idoneo per svolgere la prova.

Per quanto riguarda il primo punto, si è unanimemente stabilito che in ciascuna sede la prova sarebbe stata condotta con la presenza di un Presidente o di un Coordinatore proveniente da un'altra sede in qualità di membro esterno della commissione operativa locale. Questo interscambio di docenti responsabili fra le varie sedi avrebbe infatti rappresentato una preziosa occasione per una contemporanea *Site Visit* da parte del docente ospitato. Gli autori sono concordi che la contestuale unione dell'esecuzione del *Progress Test* e della *Site Visit* sia stato uno dei punti nuovi e qualificanti dell'esperienza operata dal corso di Laurea in Ostetricia. Lo scambio di sede fra i responsabili dei Corsi è stata una scelta accolta molto favorevolmente anche da tutti gli studenti che, durante la prova, hanno potuto vedere la realizzazione concreta di quell'interscambio culturale e di presenza alla base stessa dell'idea dell'*universitas*.

Per quanto riguarda il secondo punto, anche in questo caso il gruppo di lavoro ha unanimemente stabilito di svolgere il *Progress Test* non fra il primo e secondo semestre, come avvenuto nel corso di Medicina, ma alla fine del mese di luglio, cioè in un momento in cui ciascun anno di corso ha concluso completamente il suo ciclo di lezioni. Questa scelta ci permette ora di affermare che i dati provenienti da ciascun anno sono davvero rappresentativi delle conoscenze di quell'anno di corso in quanto gli studenti coinvolti avevano regolarmente seguito entrambi i semestri e non uno solo. Il gruppo di lavoro ha

anche ipotizzato la possibilità futura di svolgere il test alla fine del mese di settembre in modo tale che ciascun anno di corso non solo ha completato i due semestri (data di luglio), ma ha anche completato i tirocini professionalizzanti (data di settembre). Si è quindi stabilita la data di svolgimento del Progress Test alle ore 10 del 23 luglio 2009 e si sono decisi gli interscambi di sede fra i docenti responsabili. Infine, in prossimità della data del test, la sede di Perugia si è fatta carico di stampare e spedire in ogni sede sia un congruo numero di compiti che le griglie di correzione.

Il primo Progress Test di una laurea sanitaria italiana si è regolarmente svolto coinvolgendo fra tutte le sedi un totale di 279 studenti così ripartiti: per la sede di Ferrara 48 studenti presenti su 56 iscritti pari al 85,7%; per la sede di Perugia 71 studenti presenti su 75 iscritti, pari al 94,6%; per la sede di Napoli SUN (con Caserta e Salerno) 129 studenti presenti su 155 iscritti, pari al 83,2%; per la sede di Bologna 31 studenti presenti su 67 iscritti, pari al 46,2%. Globalmente, quindi, a questo test ha partecipato il 79% di tutti gli studenti iscritti alle varie sedi.

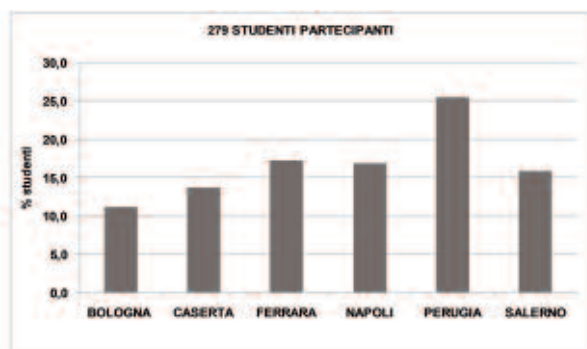


Fig. 2

La figura 2 mostra la percentuale di studenti partecipanti per singola sede. Si ritiene che l'ottima partecipazione ottenuta da parte degli studenti derivi molto dalle accurate spiegazioni fornite agli stessi nelle settimane precedenti riguardo ai principi del Progress Test e alle sue ricadute didattiche. La partecipazione studentesca, infatti, è risultata elevata indipendente dall'acquisizione di un credito ADE che in alcune sedi non è stato affatto concesso. Il test si è svolto con viva soddisfazione degli studenti e dei docenti presenti.

Risultati e discussione

I risultati ottenuti da ciascuna sede sono stati analizzati calcolando la percentuale delle risposte esatte sia per la globalità del compito (100 domande) che per ogni sottogruppo di domande rappresentativo di singolo SSD. L'analisi ha riguardato ovviamente sia i dati complessivi e globali da tutte le sedi sia i dati specifici di ogni singola sede. Per interpretare correttamente le percentuali presenti nei grafici, in aggiunta alle 279 schede reali sono state compilate altre 50 schede con risposte date però in modo assolutamente casuale. Il risultato di questo ultimo gruppo di schede a risposta *random* ha indicato nel 21% la media delle risposte "esatte" totali. In altre parole, leggendo i grafici dei

risultati complessivi, tutto ciò che arriva al 21% può comprendere anche risposte esatte derivate dal caso e non da una vera conoscenza culturale della domanda, mentre le percentuali al di sopra del 21% comprendono risposte sicuramente derivate da una vera conoscenza della domanda e non dalla risposta a caso.

Un ulteriore controllo effettuato sulla validità delle domande somministrate è stato quello di riportare su una griglia, sede per sede, il numero delle volte in cui ciascuna domanda è stata sbagliata. Questo per capire se nell'ambito del test c'erano specifiche domande che, in maniera trasversale fra le sedi, hanno presentato un'alta frequenza o di una risposta errata (domanda quindi formulata male o troppo complessa) o di una risposta esatta (domanda troppo semplice). Comparando sede per sede le prime dieci domande più sbagliate o le dieci domande meno sbagliate, l'analisi della griglia ha chiaramente dimostrato che non esiste nessuna specifica domanda che, fra le sedi, è stata o quasi sempre sbagliata o ho avuto quasi sempre una risposta corretta. La frequenza di errori su una singola domanda è risultata sempre estremamente variegata nell'ambito delle sedi: una domanda che ha avuto molte risposte errate in una sede, in un'altra sede ha avuto molte più risposte corrette. Quest'ultima verifica ha confermato ulteriormente la validità del pool di domande proposte.

La figura 3 mostra i risultati complessivi raggruppati per ciascun anno di corso, mentre la successiva figura 4 mostra i risultati complessivi raggruppati per sede. Se osserviamo nel loro insieme questi due grafici dei risultati globali per anno e per sede, riteniamo che i dati più rilevanti possono essere riassunti in due punti:

a) anche se è chiara una progressione nelle conoscen-

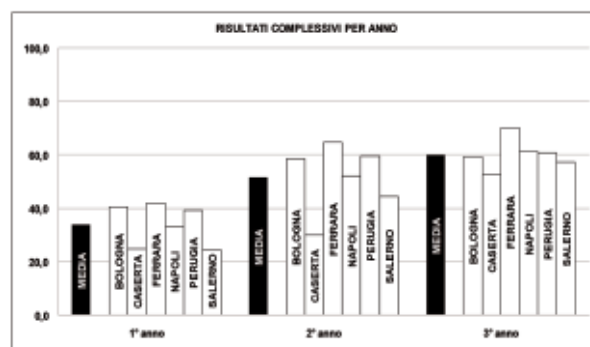


Fig. 3

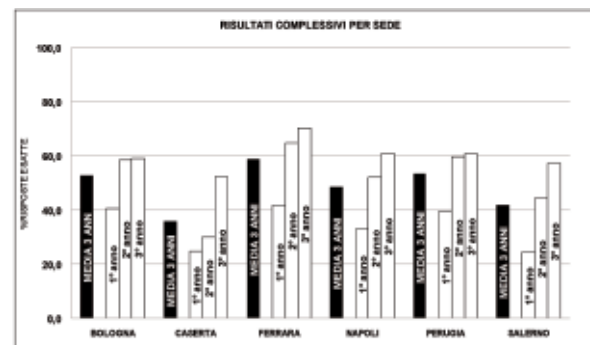


Fig. 4

ze fra il 1° e il 3° anno (cosa anche ovvia e aspettata), il dato del 3° anno appare piuttosto emblematico e sicuramente deludente. In considerazione del fatto che il 50% del compito era riservato a domande caratterizzanti di MED/47 e che tutte le domande di ogni SSD vertevano su argomenti fondamentali e imprescindibili nelle conoscenze di un professionista ostetrico/a, l'auspicio era quello di un raggiungimento al 3° anno di una percentuale di risposte esatte totali variabile fra l'80 e il 90%. In realtà, al 3° anno tutte le sedi si sono attestate su una percentuale di risposte esatte complessive di circa il 60%, con la sede di Ferrara che, fra tutte le sedi, ha presentato il miglior score, anche se al di sotto dell'80% auspicato;

b) osservando i dati comparati dei tre anni sede per sede, risulta chiaramente in tutte le sedi l'esistenza di un variabile, ma netto miglioramento delle conoscenze fra il 1° e il 2° anno. Tuttavia, mentre in un gruppo di sedi (Bologna, Ferrara, Napoli SUN e Perugia) la percentuale delle risposte esatte fra il 2° e il 3° anno varia molto poco, per le sedi di Caserta e Salerno la progressione fra il 2° e 3° anno è molto più evidente. In quest'ultimo caso, è da segnalare, che entrambe partono con un dato del 1° anno più basso rispetto all'altro gruppo di sedi.

Semplificando il nostro ragionamento, si potrebbe ipotizzare che nel primo gruppo di sedi gli studenti già al primo anno raggiungono un buon 40% di risposte esatte, migliorano abbastanza al secondo anno, ma progrediscono pochissimo al terzo anno; le due sedi del secondo gruppo, invece, partono da un livello più basso rispetto agli studenti del primo gruppo, ma recuperano progressivamente questo *gap* sia nel secondo che nel terzo anno. È possibile che nell'analisi del risultato del primo anno e delle sue conseguenze negli anni successivi sia anche necessario considerare il fattore della qualità dei progressi studi scolastici. Riteniamo questa l'ipotesi più plausibile per spiegare alcuni risultati del primo anno nelle sedi di Salerno e Caserta che pure condividono con la sede di Napoli SUN (appartenente invece all'altro gruppo) molti dei docenti del primo anno. Questo dato inaspettato riguardante il primo anno può ancora di più accrescere la validità del *Progress Test* per i suoi possibili risvolti riguardanti anche la scolarità di origine.

Al di là di questo aspetto variegato che riguarda il 1° anno e il passaggio al 2°, esiste la chiara evidenza che il 3° anno contribuisce meno in termini di conoscenza e che gran parte della preparazione si consolida al 2° anno.

Considerando anche il "rumore di fondo" del 21% legato al concetto di "familiarità" del livello di conoscenza dello studente, il quadro generale deve indurre a una seria riflessione sulla necessità di un ripensamento e rimodulazione dell'offerta didattica globale dei tre anni.

E' possibile ipotizzare che l'attuale strutturazione del *curriculum* non riesce adeguatamente a raggiungere gli obiettivi che si prefigge in quanto i nostri studenti delle lauree triennali, stretti da una moltitudine di esami integrati, rincorrono affannosamente gli esami e il loro voto e non hanno tempo di approfondire e assorbire delle conoscenze. Senza il tempo necessario per una progressiva sedimentazione delle nozioni non è possibile un ulteriore salto nel Sapere. Troppe cose in poco tempo.

Viceversa, bisogna anche sottolineare che, con poche eccezioni specifiche di SSD/sede, globalmente non sono state notate grossolane perdite nelle conoscenze durante gli anni. Semplificando, quindi, è come se l'attuale organizzazione didattica ostetrica cristallizzi in qualche modo entro il secondo anno una serie di conoscenze senza però permettere né un loro progressivo sviluppo né un loro decadimento. Gli studenti alla fine apprendono bene un relativamente limitato bagaglio di conoscenze senza poterlo poi migliorare e sviluppare. La domanda che bisogna porsi è se questo blocco/ritardo nell'ulteriore progressione culturale è in ogni caso adeguato o meno al fine che il corso di Laurea si prefigge relativamente all'acquisizione di competenze e non solo di conoscenze.

Il dato ottenuto osservando i grafici dei risultati complessivi ritorna evidente anche andando ad analizzare i dati ottenuti nel caratterizzante MED/47 (Fig. 5) che ha rappresentato il 50% delle domande. Anche in questo caso si riscontra il fenomeno descritto in precedenza: nel primo gruppo di sedi (Bologna, Ferrara, Napoli SUN e Perugia) la progressione delle caratterizzanti conoscenze ostetriche incrementa bene fra il 1° e 2° anno, ma non più fra il 2° e il 3°. Nel secondo gruppo (Caserta e Salerno) questo incremento è più progressivo negli anni partendo da un dato del 1° anno più basso rispetto al primo gruppo.

Per quanto riguarda il dato ottenuto dall'altro SSD caratterizzante MED/40 (Fig. 6) i dati sono stati più variabili: la sede di Ferrara ha confermato il buon livello raggiunto, che però si attesta sempre al di sotto dell'80% delle risposte esatte aspettate; nelle sedi di Napoli SUN e Perugia l'incremento conoscitivo negli anni è evidente, anche considerando il passaggio fra il

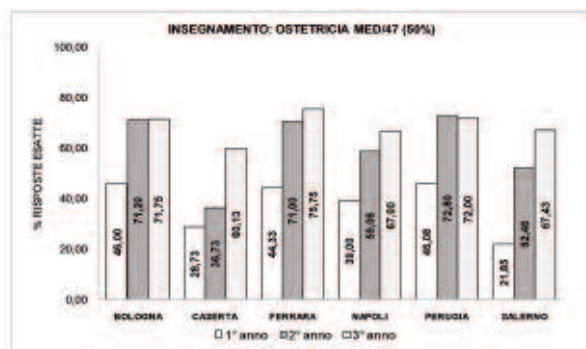


Fig. 5

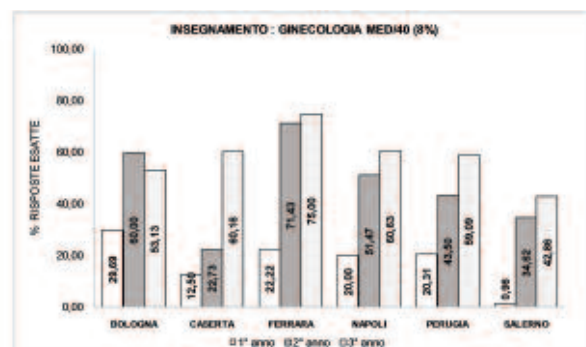


Fig. 6.

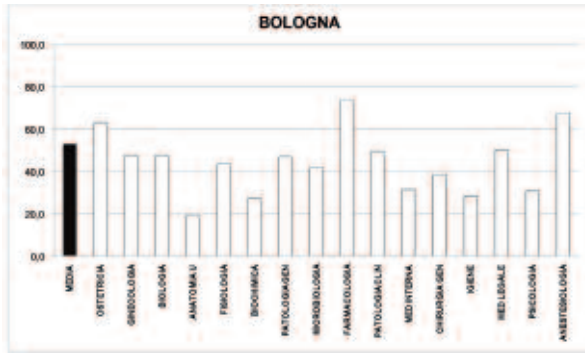


Fig. 7.

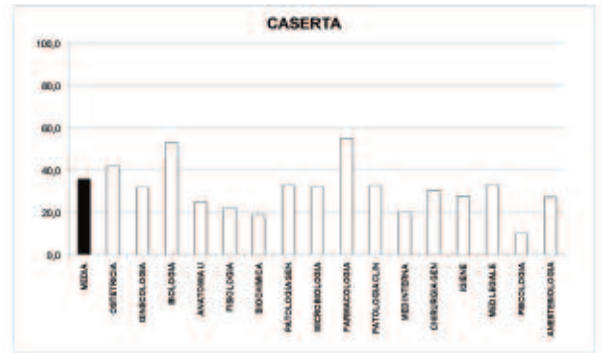


Fig. 8.

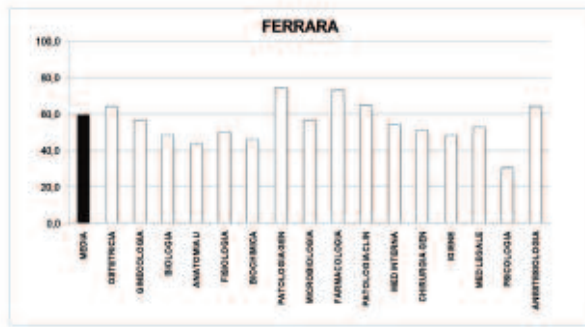


Fig. 9.

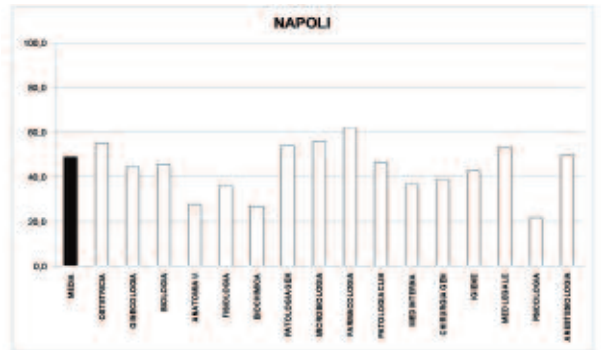


Fig. 10.

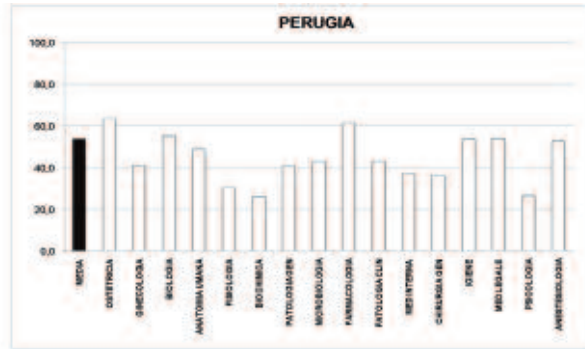


Fig. 11.

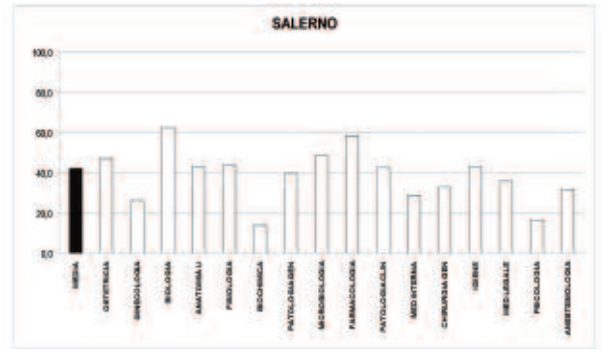


Fig. 12.

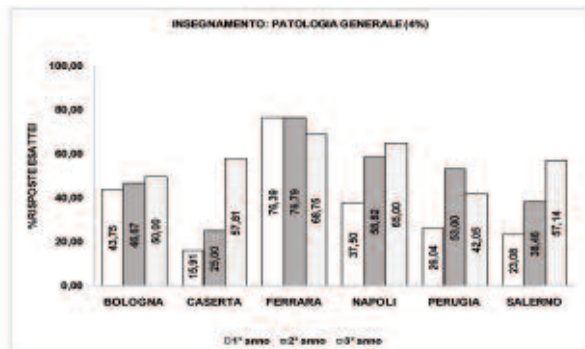


Fig. 13.

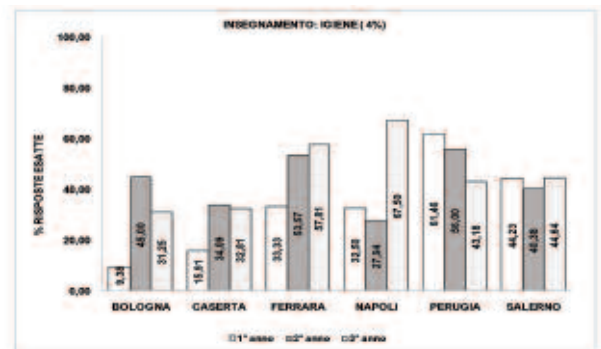


Fig. 14.

2° e 3° anno; nella sede di Bologna lieve decremento delle conoscenze fra il 2° e 3° anno potrebbe dipendere dal basso numero di studenti del 3° anno che hanno partecipato al test; infine, nelle due sedi di Caserta e Salerno si verifica un incremento delle conoscenze soprattutto fra il 1° e il 2° anno (sede di Salerno) o fra il 2° e il 3° (sede di Caserta).

Il gruppo di figure da 7 a 12 rappresentano i risultati complessivi per un ogni sede, non divisi per anno, di ogni singolo SSD. È facile osservare come in ogni sede gli specifici SSD con valori al di sotto della media della propria sede possano variare notevolmente. Correlati a questi, le figure 13 e 14 mostrano un esempio dei risultati ottenuti da due singoli SSD divisi per anno e per sede. Nel loro insieme questi due gruppi di dati, quindi, permettono di poter considerare il risultato di un singolo SSD sia rispetto agli altri SSD della stessa sede sia rispetto allo stesso SSD distribuito nelle varie sedi nazionali. È quindi possibile verificare per ogni SSD la progressione o il decadimento della conoscenza lungo gli anni del corso e confrontarlo fra le diverse sedi.

Mentre i dati generali visti nelle figure 3 e 4 possono dare delle indicazioni con una ricaduta più globale e generale sull'organizzazione del corso di Laurea in Ostetricia, questi due ultimi gruppi di figure hanno invece una grande ricaduta locale, indicando ai responsabili di sede delle aree con specifiche criticità o non allineate ai dati medi di quel SSD a livello nazionale. A completamento di quest'ultima analisi locale, riteniamo che sarebbe di grande interesse poter comparare la concordanza o meno di questo dato di SSD/sede fornito dal Progress Test con il risultato ottenuto dallo stesso SSD con i questionari valutativi anonimi che il nucleo di valutazione di ciascun Ateneo somministra nei corsi di Laurea.

Conclusioni

Nell'ultimo meeting d'autunno della conferenza permanente delle classi di laurea delle professioni sanitarie (Portonovo, ottobre 2009), il suo Presidente Prof. Luigi Frati più volte ha sottolineato la validità e la necessità dell'effettuazione del Progress Test non solo per i suoi risvolti didattici, ma anche, a causa della valutazione comparativa fra varie sedi che ne deriva, come possibile strumento per la redistribuzione delle risorse ministeriali sulla base del merito ed efficacia didattica. Questa nostra esperienza non può che confermare pienamente questa osservazione. Il Progress Test è sicuramente uno strumento potente e con numerosi risvolti applicativi, ma tanto potente quanto delicato. La validità oggettiva delle sue risposte è infatti criticamente determinata da fini meccanismi nella formulazione del test e nella sua esecuzione. Con l'intento di trovare uno standard ottimale e scientificamente corretto, ci sembra opportuno perseguire una sperimentazione ragionata di varie metodologie e la com-

parazione della loro efficacia.

Per quanto riguarda questa prima esperienza italiana in una Laurea sanitaria condotta dal corso di Laurea in Ostetricia, il gruppo di lavoro conferma la piena soddisfazione per il lavoro svolto sottolineando unanimemente la validità dei seguenti nuovi aspetti metodologici da noi introdotti:

la necessità di un condiviso lavoro preliminare di studio e comparazione dell'ordinamento didattico fra le sedi coinvolte in modo da determinare con esattezza gli SSD da coinvolgere e quantizzare la percentuale delle domande per ciascun settore;

- la necessità di un lavoro di gruppo fra tutti i docenti di uno stesso SSD in modo tale che ciascuna domanda del test sia completamente condivisa e accettata da tutti i docenti di ciascun SSD nelle sedi coinvolte;

- la necessità di uno scambio di sede fra i responsabili dei Corsi, facendo coincidere il Progress Test con una Site Visit;

- la necessità di svolgere la prova in un periodo che consenta di affermare che i dati provenienti da ciascun anno sono davvero rappresentativi delle conoscenze di quell'anno di corso nella sua interezza (data di luglio o settembre).

In conclusione, il gruppo nazionale di lavoro del Corso di Laurea in Ostetricia si dichiara pienamente soddisfatto di questa prima esperienza italiana. In prospettiva futura si intende allargare questa esperienza ad altre sedi italiane del corso di Laurea in Ostetricia e si sono allacciati alcuni contatti con altre corrispondenti sedi europee con l'obiettivo di valutare la possibilità di un Progress Test in Ostetricia transnazionale.

Ringraziamenti

Il più sentito ringraziamento va a tutti gli studenti partecipanti che hanno affrontato il test con grande serietà e correttezza. Si ringraziano tutti i docenti di SSD che con il loro lavoro di gruppo hanno permesso la costruzione di un importante pool di domande. Si ringrazia infine la Dr.ssa Laura Marozzi, responsabile della comunicazione e relazioni esterne dell'Ateneo di Perugia, che ci ha fornito la possibilità di stampa del test per tutte le sedi nazionali.

Bibliografia

- 1) Tenore A., Binetti P.: *Introduzione del Progress Test nella Facoltà di Medicina italiana*. Med Chir 34: 1377-78, 2006.
- 2) Tenore A., Vettore L.: *Il Progress Test, un ulteriore tentativo della "Conferenza" per migliorare la formazione del medico*. Med Chir. 36: 1481-88, 2007.
- 3) Tenore A.: *Il Progress Test, strumento di valutazione dell'insegnamento/apprendimento nelle Facoltà di Medicina*. Med Chir 44: 1879-90, 2008.
- 4) Pillastrini P. et al.: *La possibile trasferibilità del Progress Test nei corsi di laurea delle professioni sanitarie*. Med Chir 44: 1891-94, 2008.
- 5) Nota MIUR n. 160 del 4 settembre 2009 "Ulteriori interventi per la razionalizzazione e qualificazione dell'offerta formativa nella prospettiva dell'accreditamento dei corsi di studio"



La validazione di un intervento formativo in Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva

Fiorenza Broggi (Milano Bicocca), Monica Bomba (Brescia), Maria Angela Mazza (Verona), Mario Bertolini (Milano Bicocca), Francesca Neri (Milano Bicocca), Renata Nacinovich (Milano Bicocca), Chiara Ricci (Monza), Michela Rimondini (Verona)

Introduzione

Il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, si trova ad operare in un setting terapeutico-riabilitativo, in cui lo spazio della comunicazione è basato principalmente su un linguaggio non verbale; deve pertanto essere formato nel percorso universitario a riconoscere sul piano emozionale e sensoriale i linguaggi non verbali che utilizza quotidianamente con il bambino: lo sguardo, la mimica, la postura, il gesto, il tono e verbali: la voce, la prosodia, il tono, il contenuto e la loro sintonia nella comunicazione.

Per relazionarsi correttamente con il paziente il terapeuta deve imparare ad agire in modo consapevole e attento durante la sua attività clinica quotidiana; è quindi importante una formazione che parta dal poter essere osservato e dal poter osservarsi nella pratica terapeutico riabilitativa e un *feedback* sulla stessa fatto da un supervisore esterno. Questa formazione deve attuarsi attraverso un cammino lento nel tempo e nello spazio, nella sicurezza e nel rispetto delle possibilità personali.

In questo lavoro si vuole valutare l'efficacia di un intervento formativo integrato composto da: *role play*, *feedback* individuale, discussione in gruppo nel Corso di Laurea in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell' Età Evolutiva.

Il *training* di formazione mira a: 1. Incrementare l'uso di tecniche verbali e non verbali volte a capire l'espressività del bambino e aiutarlo 2. Innalzare il grado di consapevolezza dei partecipanti rispetto ai fenomeni interni come emozioni, pensieri automatici. 3. Apprendere ad ancorarsi al momento presente, invece di essere catturati da anticipazioni del futuro, oppure da recriminazioni sul passato. 4. Apprendere a riconoscere i pensieri in quanto tali, e a non considerarli dati di fatto, per favorire il decentramento. 5. Superare la tendenza all'evitamento esperienziale, caratterizzato da atteggiamenti di fuga e di rifiuto nei confronti dei propri pensieri, emozioni e sensazioni fisiche.

La scelta di valutazione all'interno dell'attività di Tirocinio è stata dettata dalla consapevolezza che è questa la sede in cui si dovrebbero integrare il Sapere, il Saper fare e il Saper essere.

Strumenti formativi

È fondamentale costruire un *setting* formativo pensando un ambiente, fisico e simbolico, sul piano dello spazio, del tempo, delle relazioni privilegiate. Esso è quindi qualcosa che rimanda all'operatività dell'agire formativo, alla sua "materialità", come diceva Massa,^{**} ossia ponendo attenzione sia ad uno spazio fisico che favorisca l'apprendimento, sia al tempo, ai ritmi alle relazioni che potrebbero favorire il suo evolversi.

Questo *setting* pedagogico è costruito per sviluppare degli apprendimenti, attraverso un contratto formativo, in cui le parti in gioco del sistema (docenti e discenti) si

dicono disponibili ad un dialogo interattivo basato sull'insegnare e l'imparare.

Nei Corsi di Laurea dell'area sanitaria questo ha significato costruire un Corso di Studi che facilitasse una integrazione tra Sapere, Saper fare e Saper essere, ossia un dispositivo che permettesse l'imparare attraverso la riflessione, l'elaborazione, che passa attraverso un percorso esperienziale e che facilitasse una possibilità di cambiamento, di crescita, la costruzione di nuovi atteggiamenti e comportamenti.

Nella progettazione dei *Core Curriculum*, che sono l'ordito e la trama su cui si costruisce il progetto formativo dei Corsi di Laurea, si è passati da una programmazione per discipline ad una costruzione di progetti per obiettivi che riconoscono la centralità dello studente che deve arrivare attraverso una modulazione dell'esperienza formativa a maturare una propria professionalità.^{***}

Attorno a questi obiettivi si sono costruiti Ordinamenti, Regolamenti e Piani Didattici che contemplano discipline di base ossia propedeutiche, discipline caratterizzanti e professionalizzanti che prevedono sia crediti di lezioni frontali che crediti di attività pratiche di tirocinio e di formazione. Le linee programmatiche di tali attività sono dettate dal *Core Competence* che è il tessuto su cui si disegnano non solo gli obiettivi, ma anche l'azione educativa attraverso la quale condurre gli studenti ad integrare il sapere con il saper fare e il saper essere.

Nel Corso di Laurea in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva gli studenti hanno come obiettivi: 1) l'imparare ad osservare e valutare lo sviluppo del bambino fisiologico e patologico, il saper fare un bilancio dello sviluppo neuropsicomotorio, attraverso specifici strumenti di valutazione. 2) l'apprendere e il saper adeguare a partire dalla diagnosi funzionale le tecniche neuropsicomotorie stendendo un progetto riabilitativo e adattandolo alle caratteristiche del bambino, verificandolo e modificandolo nel tempo.

Questa formazione deve attuarsi attraverso un cammino lento nel tempo e nello spazio, nella sicurezza e nel rispetto delle possibilità personali, il *training* formativo deve accompagnare gli studenti in questo cammino.

Il Corso di Formazione che noi abbiamo proposto si compone di 8 incontri della durata di 30 ore. Gli incontri sono divisi in due moduli che si ripetono a distanza di 15 giorni con lo stesso tipo di struttura: nel corso della prima giornata ogni studente fa *roleplay* strutturato della durata di 10 minuti (riceverà un mandato in cui viene specificato il luogo in cui si giocherà la scena, il motivo dell'incontro, le informazioni all'attore riguardo i contenuti da portare durante la terapia, lo stile da adottare), prima con il ruolo di terapeuta, poi nella stessa giornata sosterrà in un diverso caso il ruolo del paziente e successivamente sosterrà il ruolo dell'osservatore negli altri tre casi del suo gruppo.

Prima di ogni simulazione viene fatto un momento di *Briefing* supervisionato dal coordinatore per ricevere infor-

* Zanini L., La tutorship nella formazione degli adulti, Guerini Scientifica Ed., Milano, 2005.

** Massa R., La clinica della formazione Franco Angeli Ed., Milano, 1992.

*** Binetti P., Valente D., Tradizione e innovazione nella formazione Universitaria delle Professioni Sanitarie: Il Core Curriculum, dal core contents al core competence, Società Editrice Universo, Roma.

mazioni (luogo, finalità) e riflettere sull'esperienza che stanno per compiere. È una attività finalizzata ad orientare una persona ad un'esperienza che include istruzioni, finalità, regole. Si favorisce una riflessione anticipatrice e si crea un clima accogliente per aiutare i partecipanti a trovare il coraggio di esplicitare le proprie paure e carenze formative che si ritengono di avere.

Alla fine di ogni esperienza viene proposto un *Debriefing* in cui il gruppo si riunisce con il coordinatore per discutere dell'esperienza, individuandone gli errori o imprevisti. Si aiutano i partecipanti ad individuare l'imprevisto sia durante l'azione che in un momento successivo e viene facilitata e favorita una riflessione retrospettiva e una rivisitazione intenzionale di quanto è accaduto.

Nella seconda giornata il gruppo si riunisce per rivedere i video dei cinque *role play*, nella discussione dopo ogni *role play*, tutti i partecipanti rinviano al terapeuta (la sedia che scotta) punti di forza e di debolezza osservati.

In terza giornata tutti i partecipanti hanno un momento di riflessione personale e scrivono quanto è emerso sia dai momenti di *debriefing* che dal lavoro di gruppo.

Infine in quarta giornata il gruppo si incontra con il coordinatore per condividere le riflessioni

Questo schema si manterrà anche nel secondo modulo, per entrambi gli anni di corso.

Materiali e metodi

Campione

Lo studio è stato proposto agli studenti del secondo e del terzo anno del Corso di Laurea in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano Bicocca, durante gli ultimi mesi dell'anno accademico 2007/2008 (maggio-luglio 2008). Tutti i 43 studenti iscritti hanno firmato il consenso informato accettando di partecipare alla ricerca. I 24 studenti del 1° anno non hanno partecipato al *role play* (Tab.1)

Campione	Femmine	Maschi
I anno (24 studenti)	23 (95%)	1
II anno (21 studenti)	20 (95%)	1
III anno (22 studenti)	20 (91%)	2
Totali	63 (94%)	4
Età	Media	SD
I anno (24 studenti)	20,78	1,12
II anno (21 studenti)	21,48	0,94
III anno (22 studenti)	22,56	1,25

Tab. 1.

- Il campione è composto da 67 studenti:

- 24 (23 femmine e 1 maschio) del I anno
- 21 (20 femmine e 1 maschio) del II anno,
- 22 (20 femmine e 2 maschi) del III anno.

I 43 soggetti sono stati divisi per il *role play* casualmente in 8 gruppi mantenendo divisi gli studenti del 2° anno e gli studenti del 3° anno:

- 2° anno: 3 gruppi di 5 persone e 1 gruppo di 6 persone
- 3° anno: 2 gruppi di 5 persone e 2 gruppi di 6 persone

La composizione dei gruppi non viene modificata durante le fasi dello studio.

Strumenti

Dati socio demografici e indice di Hollingshead (Hollingshead, A. A. (1975). Four-factor index of social status. Unpublished manuscript, Yale University, New Haven, CT). Ogni soggetto ha compilato una scheda anagrafica personale per la raccolta dei dati socio-demografici in cui veniva richiesto di specificare il sesso, la data di nascita,

la scuola superiore frequentata.

I dati relativi alla famiglia di origine (livello di istruzione e professione dei genitori). Vengono utilizzati per il calcolo dell'indice di stato socio-economico (SES) utilizzando il *For factor index* di Hollingshead. Questo indice, si basa sostanzialmente su due variabili relative a ciascun genitore dei soggetti: il livello educativo/culturale e il lavoro svolto.

Griglia Osservativa Valutativa NeuroPsicoMotoria GOV-NPM

La griglia nasce dalla convinzione che è indispensabile imparare a riconoscere e leggere le proprie reazioni tonico emozionali che si manifestano sia nel linguaggio corporeo o non verbale che nel linguaggio verbale, ma è altrettanto importante avere uno strumento che ci permetta di misurare la maturazione di tali capacità comunicative soprattutto in campo formativo.

Come sostengono sia Ajuriaguerra* che Wallon** è indispensabile riconoscere e leggere le proprie reazioni tonico emozionali e quelle del paziente che avvengono soprattutto a livello del corpo, nella relazione terapeutica, perché si immette il soggetto totale nella comunicazione affettiva

Si deve a Husserl*** il concetto "di intenzionalità del gesto", che attribuisce al movimento una determinazione intenzionale e cosciente. In questo senso il movimento assume il valore della comunicazione. Le manifestazioni del corpo che "vive" in relazione con gli altri, secondo la fenomenologia Husserliana assumono appunto il significato di comunicazione, la quale si esplica nell'area dell'"intersoggettività"

Al fine di valutare la qualità delle tecniche comunicative utilizzate dagli studenti è stato quindi costruita una Griglia Osservativa Valutativa-NeuroPsicoMotoria (Griglia GOV-NPM in appendice).

La griglia GOV-NPM misura le modalità comunicative non verbali attraverso: sguardo, mimica, postura, gesto, tono e le modalità comunicative verbali attraverso l'analisi di: contenuto, prosodia, tono; misura altresì la sintonia fra i diversi linguaggi a livello comunicativo.

La griglia osservativa prevede due settori di osservazione:

- modalità di utilizzo della comunicazione non verbale (MUNV): 17 item;
- modalità di utilizzo della comunicazione verbale (MUV): 8 item.

L'assegnazione del punteggio ad ogni item avviene mediante l'uso di una scala Likert a 5 punti (da 1 a 5), dove 1 corrisponde alla risposta 'mai o quasi mai vero' e 5 a 'sempre o quasi sempre vero'. Ogni settore di osservazione produce un punteggio: alla scala MUNV: esso può variare da 17 a 80, alla scala MUV da 8 a 40. Il punteggio totale è composto dai 2 subtotali assegnati alle 2 scale, con un range di punteggio di 25-120.

La compilazione avviene in seguito ad osservazione dello studente della durata di almeno 10 minuti.

Si riportano i risultati dell'analisi della coerenza interna ed i valori medi e DS della griglia osservativa alla baseline. (Tab. 2)

GOV-NPM	D.S.	Alpha
Non verbale	5,71	0,86
Verbale	2,83	0,82
Totale	7,97	0,90

Tab. 2.

Il coefficiente alpha di Cronbach della scala totale era pari a 0,90, con valore minimo di 0.79 e valore massimo di 0.86, mostrando una buona consistenza interna.

Il questionario di autovalutazione 5-FACET M

Il questionario di autovalutazione 5-FACET M si rifà teoricamente alla pratica della *mindfulness* che si propone di aiutare a sostituire nella vita quotidiana comportamenti reattivi, automatici e distruttivi con scelte consapevoli ed appropriate al contesto.

Il questionario di autovalutazione 5-FACET M misura tutte e cinque le componenti della *mindfulness* identificate: Osservazione, Descrizione, Azione consapevole, Non giudizio, Non reattività.

* Ajuriaguerra J., (de), Manuale di Psichiatria del bambino, Masson Italia Ed, Milano, 1979.

** Wallon H., Le origini del pensiero del bambino 1, La Nuova Italia Ed.,

*** Husserl E., L'idea della fenomenologia, Il Saggiatore Ed., Milano, 1981.

È uno strumento carta-penna, auto compilato e somministrabile sia individualmente che in gruppo. È costituito da 39 items divisi in 5 sottoscale:

- 1 - Osservazione (8 item): mi accorgo quando il mio stato d'animo inizia a cambiare
- 2 - Descrizione (8 item): sono capace di descrivere i miei sentimenti a parole
- 3 - Azione consapevole (8 item): quando faccio le cose, la mia mente vaga e mi distraigo facilmente
- 4 - Non giudizio (8 item): mi dico che non dovrei sentirmi come mi sento (accettazione senza giudizio)
- 5 - Non reattività (7 item): descrive una posizione non reattiva verso l'esperienza interiore: percepisco le mie emozioni e sensazioni senza dover necessariamente reagire

Il punteggio viene raccolto da una scala Likert a 5 punti (da 1 a 5), dove 1 corrisponde alla risposta 'mai o quasi mai vero' e 5 a 'sempre o quasi sempre vero'. Ogni sottoscala da luogo ad un punteggio ed il totale corrisponde alla somma dei 5 subtotali.

Gli studenti hanno a disposizione per la compilazione 30 minuti. La versione italiana utilizzata deriva dalla traduzione dal questionario in lingua inglese, originale. La traduzione è stata effettuata da due operatori diversi in collaborazione con i responsabili del presente studio.

Si riportano i risultati (Tab. 3) dell'analisi della coerenza interna e DS della griglia osservativa alla vaseline. Nelle cinque sottoscale e nel totale il coefficiente Alpha di Cronbach e D.S. erano pari a:

Questionario Mindfulness 5-facet	D.S.	Alpha
Osservazione	4,65	0,77
Descrizione	5,1	0,89
Azione	4,37	0,85
Assenza giudizio	5,29	0,88
Assenza reazione	4,05	0,80
Totale	11,77	0,80

Tab. 3.

sottoscale, che discriminano quindi sufficientemente bene le diverse aree tematiche studiate

Il coefficiente alpha di Cronbach della scala totale era pari a 0,80, (RANGE: 0.68-0.89), mostrando una buona consistenza interna.

L'analisi con test di Lin ha mostrato una scarsa correlazione tra le 5

I risultati della validazione italiana confermano la validazione psicometrica effettuata dagli autori su un campione di soggetti statunitensi. (Baer RA, Smith GT, Lykins E, Button D, Krietemeyer J, Sauer S, Walsh E, Duggan D, Williams JM. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. Assessment. 2008 Sep;15(3):329-42. Epub 2008 Feb 29)

Disegno dello studio

Lo studio si compone di 4 tempi di valutazione che saranno di seguito brevemente descritti (Fig. 1).

Tempo 0: corrisponde all'ingresso nello studio. Ogni soggetto (67) compila la scheda per la raccolta dei dati socio-demografici e per il calcolo dell'indice di Hollingshead. I tutor del Corso di laurea compilano per ogni studente il questionario osservativo per la valutazione delle modalità di comunicazione durante una seduta di tirocinio di 45 minuti.

Tempo 1: 15 giorni dopo T0, viene proposto il primo *role play*. Prima del *role play*, nella stessa giornata, viene somministrato il questionario di autovalutazione 5-FACET M.

Ogni soggetto (43) all'interno del proprio gruppo svolge un *role play* nel ruolo di terapeuta ed uno nel ruolo di paziente; quando non viene interpretato nessuno dei due ruoli, lo studente mantiene il ruolo di osservatore esterno. I *role play* vengono videoregistrati ed utilizzati il giorno successivo dagli studenti per l'elaborazione teorica.

Il coordinatore del Corso di laurea compila la griglia osservativa per la valutazione delle modalità di comunicazione durante il *role play* quando lo studente interpreta la parte del terapeuta, che è il ruolo sul quale verte l'attenzione.

Tempo 2: ad un mese di distanza da T1, viene proposto il secondo *role play*. Ogni soggetto all'interno del proprio gruppo svolge un *role play* nel ruolo di terapeuta ed uno nel ruolo di paziente; quando non viene interpretato nessuno dei due ruoli, lo studente mantiene il ruolo di osservatore esterno. Viene inoltre somministrato nella stessa giornata, alla fine del *role play*, il 2° questionario di autovalutazione 5-FACET M.

Il coordinatore del Corso di laurea compila la griglia osservativa come nel tempo 1

Tempo 3: a distanza di 15 giorni da T2, ultima valutazione e compilazione del questionario osservativo per la valutazione delle modalità di comunicazione da parte dei tutor del Corso di laurea durante una seduta di tirocinio di 45 minuti (Fig. 1).

Analisi statistiche

Le variabili categoriali sono espresse in numero e percentuale, mentre le variabili continue sono indicate come medie e deviazione standard (DS). Per la lettura della significatività di un test d'ipotesi, viene rifiutata l'ipotesi nulla se il p-value assume un valore inferiore al 5%.

Per valutare la presenza di eventuali differenze tra studenti del 2° e del 3° anno alla *baseline* è stato effettuato un test *t* per campioni indipendenti sui dati socio-demografici ed i test raccolti in T0. Non risultando differenze significative tra i 2 anni di corso, si è provveduto ad analizzare tutti i dati considerando i soggetti come appartenenti ad un unico campione.

Per la valutazione del 5-Facet pre-post *role play* è stato utilizzato il test *t* per campioni appaiati. Al test GOV, gli assunti di normalità non erano soddisfatti (calcolati con test di Skewness e Curtosi per la verifica della normalità distributiva) ed è stata quindi effettuata un'analisi con test di Wilcoxon.

Fig.1	studenti	Coordinatore o tutor del Corso di Laurea
T0	compilazione scheda dati socio-demografici Hollingshead	compilazione GOV-NPM (tirocinio)
	Conduzione colloquio durante tirocinio	
T1 + 15 giorni da T0	compilazione 5-FACET	compilazione GOV-NPM (role play)
	Partecipazione ROLE-PLAY (1° giorno)	
	Partecipazione VIDEOFEEBACK+ DISCUSSIONE DI GRUPPO (2° giorno)	
T2 + un mese da T1	Partecipazione ROLE-PLAY (1° giorno)	compilazione GOV-NPM (role play)
	Partecipazione VIDEOFEEBACK+ DISCUSSIONE DI GRUPPO (2° giorno)	
	compilazione 5-FACET	
T3 + 15 giorni da T2	Conduzione colloquio durante tirocinio	compilazione GOV-NPM (tirocinio)

Fig. 1.

Risultati

Caratteristiche socio-demografiche

Lo studio è stato proposto agli studenti del Corso di Laurea TEN-PEE (Tab. 4)

T3,(incremento dei punteggi, indicativo di un aumento delle capacità comunicative). Alla sottoscala verbale, non si osservano differenze significative tra T0 eT1, mentre un significativo incremento dei punteggi è osservabile tra T1 e T2 e tra T2 e T3.

	I anno (n=24)	II anno (n=21)	III anno (n=22)	Totale soggetti (n=67)
Sesso: Femmina	23 (95 %)	20 (95%)	20 (91%)	63 (94%)
Maturità liceale	22 (92%)	18 (86%)	20 (91%)	60 (91%)
	M(DS)	M(DS)	M(DS)	M(DS)
Età	20,8(1,1)	21,48(0,9)	22,6(1,3)	21,6(1,3)
Indice di Hollingshead	41,3(13,9)	44,7(11,9)	35,8(15,5)	39,3(13,9)

Tab. 4 - Caratteristiche socio-demografiche del campione diviso per anni di corso e totale.

Non sono state osservate differenze significative tra i soggetti appartenenti ai diversi anni di corso per ciò che concerne le variabili socio-demografiche

Analisi pre-post Training

QUESTIONARIO MINDFULNESS 5-FACET

È stata effettuata un'analisi dell'effetto del roleplay sulla variazione dei punteggi al *Questionario Mindfulness 5-facet* mediante test *t* per campioni appaiati. (Tab. 5)

Si osserva un aumento significativo dei punteggi della sottoscala

Discussione dei risultati

Valutazione training con GOV-NPM (4 osservazioni)

Le quattro valutazioni totali degli studenti mostrano come evidenziato dalla tabella 6 un salto qualitativo importante tra la valutazione 2 al primo *role play* e la valutazione 3 al *role play* successivo a distanza di un mese. quindi un aumento delle capacità comunicative in entrambi i settori: verbale e non verbale. Il miglioramento dopo il *training* era nelle ipotesi di questo lavoro in quanto il *role play* non solo permette allo studente di mettersi in gioco, ma anche di ricevere un *feedback* durante il *debriefing* del proprio stile di comunicazione.

Andando ad esaminare i risultati parziali di Comunicazione non Verbale e Comunicazione Verbale si nota anche che gli studenti che mostrano maggiori difficoltà nella comunicazione verbale, hanno un punteggio inferiore anche nella comunicazione non verbale. Questo, che era un dato ipotizzabile, conferma che sia la comunicazione verbale che quella non verbale sono una modalità di espressione di una capacità più ampia di relazionarsi all'ambiente il cui apprendimento può essere favorito attraverso un percorso didattico che armonizzi la crescita dei due settori.

Questionario Mindfulness 5-facet	Pre M(DS)	Post M(DS)	Paired sample t-Test	
			<i>t</i>	<i>p</i>
Osservazione	26,6(4,7)	27,8(4,6)	-2,18	0,035
Descrizione	24,5(5,1)	23,1(5,5)	2,24	0,031
Azione	31,2(4,4)	30,3(3,8)	1,60	0,116
Assenza giudizio	29,2(5,3)	29,3(5,8)	-0,12	0,904
Assenza reazione	20,6(4,1)	19,9(3,4)	1,48	0,145
Totale	132,1(11,8)	130,3(11,3)	1,09	0,280

Tab. 5 - Effetto del Roleplay sui punteggi medi e DS del Questionario Mindfulness5-facet.

osservazione (p=0,035) ed una riduzione dei punteggi alla sottoscala *descrizione* (p=0,031). Non si osservano altre modificazioni significative al *Questionario Mindfulness 5-facet*.

GRIGLIA OSSERVATIVA GOV-NPM

Il test di Skewness e Curtosi per la verifica della normalità distributiva dei risultati alle sottoscale ed alla scala totale ha dato esiti sfavorevoli. Per tale motivo l'analisi pre-post dei risultati della griglia osservativa GOV-NPM sono stati effettuati utilizzando un test non parametrico (Test di Wilcoxon). (Tab. 6)

Alla scala *totale* e sottoscala *non-verbale*, si osservano differenze significative sia tra T0 e T1(riduzione dei punteggi in T1) che tra T1 e T2(significativo incremento dei punteggi), ed infine tra T2 e

Valutazione training Pre-Post con Questionario 5Facet (2 autovlutazioni)

Si ipotizzava prima di iniziare questo studio che superare la tendenza all'evitamento esperenziale, caratterizzato da atteggiamenti di fuga e di rifiuto nei confronti dei propri pensieri, emozioni e sensazioni fisiche richiedesse un percorso formativo lungo e lento.

I risultati confermano, mostrando un miglioramento solo in due *items*: Osservazione e Assenza di giudizio, che l'evoluzione delle capacità comunicazionali mostrate dai risultati della GOV-NPM necessitano di un tempo maggiore per raggiungere il grado di consapevolezza negli studenti e avviare un cambiamento della persona, la *mindfulness* si propone, infatti, di aiutare a sostituire

Griglia osservativa GOV-NPM	Soggetti (n=43)			Wilcoxon test	
	M(DS)			z-score	p
Competenze non verbali					
Pre	T0	39,1(5,7)	T0 T1	2,996	0,003
	T1	36,9(6,5)	T1 T2	-5,714	0,000
Post	T2	63,3(6,7)	T2 T3	-5,644	0,000
	T3	65,9(6,8)			
Competenze verbali					
Pre	T0	18,1(2,8)	T0 T1	1,267	0,205
	T1	17,5(3,8)	T1 T2	-5,717	0,000
Post	T2	29,0(4,2)	T2 T3	-4,712	0,000
	T3	30,1(4,1)			
Totale					
Pre	T0	57,2(8,0)	T0T1	2,569	0,010
	T1	54,2(9,4)	T1 T2	-5,714	0,000
Post	T2	92,3(9,8)	T2 T3	-5,715	0,000
	T3	96,1(9,8)			

Tab. 6 - Effetto del Roleplay sui punteggi medi e DS della griglia GOV-NPM.

nella vita quotidiana comportamenti reattivi, automatici e distruttivi con scelte consapevoli ed appropriate al contesto.

Obiettivi e limiti

Limiti

Consapevoli che il campione è "relativamente" piccolo e che sarebbe quindi utile un suo ampliamento in lavori futuri, stiamo lavorando alla raccolta di un campione più ampio; non utilizzando *setting* diversi di misurazione (tirocinio/ *role play*), che è uno dei limiti di questo lavoro e un gruppo di controllo per confermare le osservazioni fatte in questo studio.

Alla luce dei risultati sul pre/post del 5Facet, un altro limite è la mancanza di un T4 per la somministrazione del questionario che permetta di leggere almeno un passaggio successivo verso il processo di consapevolezza.

Obiettivi futuri

Aggiungere un T4 allo Studio che permetta anche di verificare se il miglioramento osservato con la Griglia Osservativa Valutativa GOV-NPM si mantiene nel tempo

Usare la GOV-NPM sperimentata nello studio per il *feedback* oltre che nella formazione personale anche in tutti i settori della formazione pratica.

Valutare nel tempo che ricaduta clinica ha, sia nei confronti del paziente che dell'Istituzione, una formazione personale che preveda una attenzione alla crescita comunicazionale e alla maturazione personale dei professionisti che escono dai Corsi di Laurea della Classe della Riabilitazione individuando valori di esito appropriati.

Conclusioni

La maturazione di capacità comunicazionali come è evidente nel tempo 3 (T.3) dello studio modifica in termini qualitativi la comunicazione sia verbale che non verbale.

Questi risultati confermano altresì l'ipotesi dello studio che le competenze relazionali e la consapevolezza possono essere migliorate attraverso percorsi formativi integrati che prevedono più strumenti: *feedback* individuali e di gruppo, confronto con *équipes* multidisciplinari, *role play*.

Mi sembra interessante riportare alcuni commenti scritti alla fine del lavoro, dopo la fase di *debriefing*, da un gruppo del secondo anno e da un gruppo del terzo. Il primo gruppo scrive: *...il lavoro svolto è stato uno strumento di auto-consapevolezza, uno spunto di riflessione sulle proprie modalità di interazione e di gestione delle dinamiche emotive in una situazione di forte stress. In particolare, si sono dimostrati molto efficaci i rimandi da parte del gruppo di osservatori e il feedback del coordinatore. Il secondo gruppo dice: ...l'esperienza è servita per favorire la presa di coscienza dei nostri punti di forza e dei nostri punti deboli, è stato un lavoro faticoso e impegnativo sia a livello psichico che emotivo. Abbiamo riscontrato una fatica maggiore a ricoprire il ruolo del terapeuta, abbiamo sentito quanto sia difficile essere decentrati sull'altro per percepire i suoi bisogni, desideri, emozioni. Nel ruolo dell'osservatore, ci è venuto spontaneo osservare le modalità di comunicazione del terapeuta e chiederci come ci saremmo comportati al suo posto.*

Quanto riportato conferma che è possibile formare lo studente a relazionarsi in modo riflessivo e consapevole,

come sostiene la letteratura e una formazione in tal senso potrà avere una ricaduta nell'attività clinica perché favorisce una relazione corretta con il paziente.

È importante però, come dimostrano i risultati della griglia GOV-NPM che le valutazioni del percorso di formazione personale dello studente siano misurate e verificate nel tempo.

Questo consente ai tutor di monitorare il processo formativo di ogni studente restituendo loro rimandi puntuali che favoriscano la riflessione e quindi la crescita emotiva e cognitiva.

Uno strumento di osservazione e valutazione della maturazione delle capacità comunicazionali degli studenti all'interno della pratica clinica permette anche a docenti e tutor di confrontarsi sul *setting* pedagogico, verificandone la rispondenza agli obiettivi del percorso formativo.

Riprendendo i due scopi principali dello studio è possibile sostenere dall'esame dei risultati che il grado di consapevolezza del soggetto dei propri stati d'animo e dell'ambiente in cui è inserito evolve lentamente perché è un processo lento ma indispensabile per maturare capacità comunicazionali utili alla pratica terapeutico-riabilitativa.

Bibliografia

1. Ajuriaguerra J., (de), Manuale di Psichiatria del bambino, Masson Ed, Paris, 1974
2. Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness, 2006
3. Bertolini M, La nascita psicologica, Atti del Convegno La nascita psicologica e le sue radici neuropsicologiche, Roma, 1982
4. Bertolini M, Neri F., La nascita e lo sviluppo dell'aggressività, Atti congresso ANUPI, Abano, 2005
5. Binetti P., Valente D., Tradizione e innovazione nella formazione Universitaria delle Professioni Sanitarie: Il Core Curriculum, dal core contents al core competence, Società Editrice Universo, Roma.
6. Bion W.R., Apprendere dall'esperienza, Armando Editore, Roma, 1972
7. Boud D.J. (1989), "Come insegnare agli studenti ad apprendere dall'esperienza" in Cox K.R., Ewan C. (1989), "Insegnare la medicina", Cortina, Milano
8. Broggi F., Il setting pedagogico: la costruzione del progetto formativo nel Corso di Laurea della Neuro e Psicomotricità dell' Età Evolutiva, Psicomotricità, Erikson Ed, 2008
9. Broggi F., Mente incarnata e sapienza del corpo: quale formazione corporea, Atti del VI° Congresso ANUPI, Maggio 2008
10. Broggi F., Scollo O., cap.1, Il setting riabilitativo e il corpo del terapeuta come strumento di interazione con il bambino, I fondamenti della riabilitazione infantile a cura di Valente D. Carrocci Ed., Roma, 2008
11. Brown & Ryan, Journal of Personalità and Social Psychology, 2003.
12. Capranico S., Role planing. Manuale ad uso di formatori e insegnanti, Cortina Ed., Milano, 1997
13. Clark & Watson, Constructing validity: Basic issues in objective scale development. Psy chological Assesment, 1995.
14. Dotti L., Forma e azione. Metodi e tecniche psicodrammatiche nella formazione e nell'intervento sociale, Franco Angeli Ed., 1998.
15. Giusti E., Ornelli C., Role Play Teoria e pratica nella clinica e nella formazione, Severa Ed., 1999.
16. Goldstein, One Dharma: The emerging Western Buddhism, San Francisco: Harper Collins, 2002.
17. Hollingshead A.B.), Four Factor Index of Social Status. Yale University, Department of Sociology, New Haven, (1975)
18. Husserl E., L'idea della fenomenologia, Il Saggiatore Ed., Milano, 1981.
19. Kabat-Zinn, Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind and body to face stress, pain and illness. New York, Delacorte, 1990.
20. Kabat-Zinn, The psychology of awakening: Buddhism, science, and our day to day lives. North Beach, Me: Weiser, 2000.
21. Kolb D.A., Experiential learning, Prentice Hall, Englewood Cliffs (NJ), 1981
22. Lai G.P., Gruppi di apprendimento, Boringhieri Ed., Torino, 1973
23. Linehan, Cognitive of borderline personalità disorder. New York: Guilford, 1993a arlat & Kristeller, Mindfulness and meditation in Integrative spiritualità into treatment, American Psychological Association, Washington, DC, 1999.
24. Massa R., La clinica della formazione Franco Angeli Ed., Milano, 1992
25. Mezirow J., Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'espe-

Le attività didattiche professionalizzanti

Massimo Casacchia (Perugia), Fabrizio Consorti (Roma La Sapienza), Carlo Della Rocca (Roma, La Sapienza), Giuseppe Familiari (Roma, La Sapienza), Pietro Gallo (Roma, La Sapienza), Carlo Maganza (Genova), Oliviero Riggio (Roma La Sapienza), Gianluca Vago (Milano Statale), Rosa Valanzano (Firenze), Italo Vantini (Verona), Luciano Vettore (Verona)

Durante l'ultima riunione della Conferenza permanente dei Presidenti di CCdLM in Medicina si è svolto un Atelier pedagogico sulle attività didattiche professionalizzanti (ADP), preparato dalla Commissione per l'innovazione didattica, del quale si riporta di seguito la relazione.

L'Atelier si è sviluppato in tre tappe (Tab. 1): un'introduzione iniziale, quattro sessioni contemporanee di lavoro in piccoli gruppi sui differenti aspetti delle ADP, e una conclusione con alcune proposte concrete.

1. Introduzione alle attività didattiche professionalizzanti

L'ADP rappresenta un elemento essenziale e caratterizzante della formazione nel Corso di Laurea Magistrale (CdLM) in Medicina e Chirurgia e, più in generale, nei CdL di tutte le professioni sanitarie. Essa è finalizzata all'acquisizione delle *competenze gestuali, emotivo-relazionali e metodologiche-metacognitive* che saranno necessarie e variamente utilizzate nella pratica professionale.

Le basi della conoscenza, la risoluzione dei problemi, la capacità di sintesi e di analisi sono i presupposti indispensabili per il loro conseguimento, attraverso modalità didattiche e valutative modulate in maniera flessibile e adeguata.

Le *competenze gestuali* devono prevedere:

- la comprensione della procedura in termini di indicazioni, complicanze e controindicazioni;
- l'apprendimento delle modalità di esecuzione (ad esempio: conoscere la regione anatomica, individuare il corretto angolo di visuale, conoscere e scegliere i materiali necessari, saperli utilizzare in modo appropriato e sicuro, ecc.);
- l'acquisizione del coordinamento psico-motorio necessario;
- l'acquisizione della specifica abilità tecnica (*technical skill*).

Molteplici sono le modalità didattiche utilizzabili: letture, modelli, animali, cadaveri, attori (paziente standardiz-

zato), programmi computerizzati, simulatori virtuali, persone malate, *peer physical examination*. Esse dovranno essere scelte sulla base del tipo di procedura e del livello di conoscenza stabilito, nonché ovviamente della disponibilità delle attrezzature scelte. Un cenno a parte va fatto riguardo alla *peer physical examination*, che potrà divenire sempre più diffusa a causa della minore presenza dei malati nei reparti, conseguente al diffondersi di altri tipi di assistenza (es., ospedali territoriali, case protette, hospice, ecc.), della presenza di malati più gravi (e quindi meno facilmente disponibili per gli studenti), nonché per il possibile rifiuto da parte delle persone malate di essere ripetutamente visitate dagli studenti. La *peer physical examination* presenta tuttavia lo svantaggio di svolgersi in un ambiente protetto e in qualche modo "artificiale", in assenza della componente empatica e di fattori locali, quali leggi, costumi, consuetudini religiose, ecc., tutti elementi la cui assenza in un *setting* simulato può limitare la completezza dell'apprendimento.

Di notevole complessità risulta l'insegnamento e l'acquisizione delle *competenze emotivo-relazionali*, tanto che Cochrane ed altre *EBM review* affermano che esse possono sì essere insegnate, ma senza la sicurezza del loro effettivo trasferimento e mantenimento nella pratica clinica. Le competenze emotivo-relazionali devono essere indirizzate sia verso la persona malata, sia verso gli altri studenti, i medici, gli infermieri e le altre figure professionali, il cui lavoro potrà garantire adeguati risultati solo se svolto in maniera collaborativa e coordinata.

Benché sia dimostrato che adeguate competenze emotivo-relazionali assicurano una migliore diagnosi, una migliore scelta decisionale da parte del paziente e una migliore cura, il loro insegnamento è spesso carente o inefficace, talora proprio per il mancato coinvolgimento della persona malata.

L'esercizio delle competenze emotivo-relazionali si fonda su diverse abilità:

- attitudinali (basate sulla sensibilità e sulla consapevolezza culturale);
- cognitive (basate sulla conoscenza multiculturale);

R. Valanzano	Presentazione dell'atelier: Definizione della didattica professionalizzante nelle sue diverse articolazioni (competenze operative, emotivo-relazionali e metacognitive) e presentazione dei quattro diversi gruppi di lavoro
C. Della Rocca (animatore) e C. Maganza (moderatore)	Gruppo 1: formulazione di un progetto per l'insegnamento/apprendimento di abilità gestuali
F. Consorti (animatore) e M. Casacchia (moderatore)	Gruppo 2: formulazione di un progetto per l'insegnamento/apprendimento di abilità emotivo-relazionali
I. Vantini (animatore) e G. Vago (moderatore)	Gruppo 3: formulazione di un progetto per l'insegnamento/apprendimento di abilità metodologiche-metacognitive
O. Riggio (animatore) e G. Familiari (moderatore)	Gruppo 4: formulazione di un progetto per la valutazione dell'apprendimento delle abilità professionali
P. Gallo (moderatore)	Presentazione dei lavori di gruppo (da parte dei quattro animatori/moderatori) e dibattito in assemblea
L. Vettore	Lettura conclusiva
P. Gallo	Chiusura del miniatelier

Programma dell'Atelier pedagogico svolto il 10 ottobre 2009 ad Orbassano (Torino) nel corso della Conferenza.

- trans-culturali (basate su appropriate skills che modulino e adeguino la relazione al tipo di malato, cercando di ridurre le disparità etniche tramite un'adeguata comunicazione trans-culturale).

La valutazione di tali competenze è molto difficile perché risulta critica in termini di *attendibilità* la verifica contemporanea di fattori molteplici, quali:

- le conoscenze teoriche e l'abilità nella loro applicazione concreta,
- la capacità di discriminazione e quindi di autovalutazione dei propri limiti,
- la coscienziosità che si manifesta nella correttezza dell'approccio relazionale,
- la capacità di autogestione delle emozioni suscitate dalla relazione interpersonale.

Le competenze *metodologiche/metacognitive* (cliniche) consistono nella capacità di organizzare, dirigere e controllare i processi mentali, adeguandoli alle esigenze del compito da svolgere. Esse permettono di costruire il sapere partendo da strategie cognitive ed esperienziali, elaborate personalmente in base alle conoscenze possedute. Esse includono *competenze generali*, quali il ragionamento, la comunicazione, l'aggiornamento, la professionalità; e competenze *specifiche*, tra cui l'analisi, la valutazione, l'interpretazione, la programmazione, la comunicazione, l'intervento, nonché lo sviluppo professionale, il suo mantenimento e trasferimento. In definitiva, quanto più una persona è cosciente del suo operato e di come la propria mente lavora, tanto più è in grado di operare un controllo sui propri processi cognitivi, e conseguentemente ottiene migliori risultati nelle attività che esegue.

2. Risultato dei lavori di gruppo

2.1 ABILITÀ GESTUALI

Nella discussione preliminare è stato evidenziato come non sia sempre scontato dove finisca l'abilità gestuale e dove comincino le altre; infatti, ad esempio, anche alcune attività prettamente manuali da effettuare sull'assistito, comportano - nell'esecuzione - la necessità di stabilire un rapporto con lo stesso e quindi di ricorrere ad abilità almeno di tipo emotivo-relazionali. Si è ritenuto, nello svolgimento del mandato, di restringere il campo alla scelta di tre attività gestuali di terzo livello (che lo studente deve saper eseguire autonomamente), elencate secondo una scala di complessità così da poter ragionare in modo più articolato sulle metodologie didattiche e valutative necessarie. Esemplicamente sono state prescelte le seguenti attività:

- Esame obiettivo dell'addome
- Misurazione della pressione arteriosa
- Applicazione di punti di sutura

È stato rilevato come la collocazione curricolare sia strettamente dipendente dal metodo didattico prescelto, ma si è comunque convenuto sulla opportunità, per la maggioranza delle abilità gestuali di terzo livello (e in particolare per quelle prescelte) di proporre l'insegnamento il prima possibile, magari nell'ambito delle metodologie del primo, secondo e terzo anno. Tale scelta è apparsa opportuna anche alla luce della possibilità di permettere la reiterazione dell'insegnamento/esercizio negli anni successivi, stante la necessità del raggiungi-

mento da parte dello studente dell'autonomia esecutiva in completa sicurezza ed efficienza. In questo senso anche le metodologie didattiche, peraltro dipendenti dalla singola abilità in questione, sono state considerate nell'ambito di una progressione, riservando all'inizio la preferenza all'applicazione dell'abilità tra pari (o nel caso dei punti di sutura all'utilizzo di manichini e/o materiali vari) per poi passare all'esecuzione, sempre sotto tutoraggio, sull'assistito. Nello specifico è stato suggerito che l'insegnamento dovrebbe consistere in tre fasi:

- ricordo dei prerequisiti teorici e/o tecnici,
- dimostrazione passo per passo,
- esecuzione controllata.

È stata sottolineata la necessità di salvaguardare sempre e comunque il rispetto degli attori di volta in volta coinvolti, siano essi gli studenti (nell'esecuzione tra pari) che l'assistito. Per quel che concerne la valutazione, anch'essa ovviamente dipendente dalla tipologia della singola attività, è stato suggerito l'utilizzo di una griglia con scomposizione standardizzata degli atti in tappe sequenziali e valutazione con score dei singoli atti tenendo anche in considerazione il tempo di esecuzione. L'esito finale della prova dovrebbe essere valutato in modo digitale del tipo positivo/negativo a seconda del raggiungimento di una soglia di score prestabilita; non si è ritenuto infatti utile da nessun punto di vista una graduazione della capacità di svolgere abilità considerate irrinunciabili per il conseguimento della laurea e che comunque per definizione debbono essere svolte in completa autonomia, sicurezza e in modo efficiente dallo studente.

2.2 ABILITÀ EMOTIVO-RELAZIONALI

Un giro iniziale di illustrazione delle attività formative già presenti nelle diverse sedi rappresentate ha messo alla luce una ricchezza insospettata di iniziative, di diversa tipologia:

- moduli a impronta cognitiva e culturale, in massima parte legati ai Corsi Integrati di Scienze Umane e/o di Metodologia 1 (Introduzione alla Medicina),
- corsi seminariali *ad hoc*, proposti sia al 1° che al 4-5° anno,
- gruppi di riflessione sulle emozioni vissute durante il tirocinio (in stile Balint), o sui problemi comunicativi emersi con i pazienti (come *meeting* di reparto, anche col personale infermieristico),
- uso durante le attività professionalizzanti del 5-6° anno della griglia di valutazione delle abilità comunicative contenuta nel libretto per l'Esame di Stato.

Nella discussione successiva il gruppo ha convenuto che:

- le attività formative alle abilità emotivo-relazionali dovrebbero iniziare già dal 1° anno ed estendersi fino al 6°, in un percorso organico e progettato con una serie di "milestones" che rinforzino e consolidino le abilità individuali, accompagnando al contempo il percorso di crescita umana degli studenti;
- le "tecniche di buona comunicazione" possono essere insegnate/apprese e quindi valutate, soprattutto attraverso lavoro in piccoli gruppi, *role play* e griglie di osservazione;
- la dimensione relazionale in senso stretto (empatia, esplorazione delle proprie emozioni) probabilmente non

può venire insegnata e appresa come una qualsiasi competenza o abilità, ma può essere solo coltivata come un'attitudine, principalmente attraverso gli strumenti delle *medical humanities* e l'esercizio della narrazione; a tale proposito appare illuminante la definizione di relazione come "luogo" in cui avviene il processo di cura, e non come "non-luogo" ma soltanto "problema" da risolvere per consentire un efficiente fluire del processo stesso, non ostacolato da una cattiva relazione;

- il luogo naturale di valutazione/certificazione di tutto il percorso potrebbe essere l'esame finale di "tirocinio" o comunque un esame finale di 6° anno;

- a tale fine, sarebbe importante disporre di persone particolarmente formate al ruolo di tutori, che possano sorvegliare il percorso e fornire *feed back* formativi agli studenti

Il gruppo ha proposto che nel questionario della prossima "site visit" sia contenuta anche un'esplicita richiesta di descrivere l'eventuale percorso progettato e/o già implementato.

2.3 ABILITÀ METODOLOGICHE METACOGNITIVE:

Tra le abilità metodologiche-metacognitive che sono state considerate di maggior peso nella formazione del medico, dal momento che possiedono rilevante valenza in ambito sia diagnostico che terapeutico, sono state scelte:

1- la capacità di osservare - reinterpretandoli e riscrivendoli - i fenomeni e gli eventi del reale, come presupposto irrinunciabile a un corretto processo logico-deduttivo, principalmente applicabile alla diagnosi e alla diagnostica differenziale;

2- la capacità di elaborare decisioni di carattere diagnostico e terapeutico, ma anche di affrontare consapevolmente dilemmi di carattere etico e deontologico.

Entrambe queste abilità implicano un processo educativo, nel quale il discente deve necessariamente assumere un ruolo fortemente attivo.

La seconda delle abilità metodologico-metacognitive sopra elencate appare di particolare rilevanza dal momento che, pur coinvolgendo abitualmente un sapere tecnico, un'abilità decisionale ha maggiore peso ed impatto nel contesto di un sapere pratico, nel contesto della rete di incertezze nella quale i fenomeni clinici si producono e nella complessità con cui essi si presentano.

Tale abilità, infatti, promuove la comprensione contestuale, attraverso la quale cogliere le connotazioni originali della situazione, formulando le azioni (decisioni) più appropriate. L'orientamento delle scelte in un contesto di questo tipo implica lo sviluppo di capacità di *decision making*, cioè la capacità di affrontare il reale con attitudine critica e pensosa, supportata da una conoscenza anche tecnica, ma che si viene progressivamente maturando e modulando mediante l'esperienza riflessiva, che consente di raggiungere gradi crescenti di competenza anche nei confronti del particolare. La capacità di osservare - intervenendo col pensiero sul reale - e la capacità di scegliere (decidere) appaiono pertanto irrinunciabili ed interconnesse.

Nel contesto dei principi dell'educazione-formazione

dell'adulto, queste abilità possono essere apprese attraverso metodi che comportano il lavoro a piccoli gruppi e il contesto clinico realistico, dove gli eventi agiscono da stimolo e le decisioni sono realmente assunte, oltre che comportare conseguenze concrete e visibili. In questo contesto, l'attribuzione di un qualche grado di responsabilità tutorata rappresenta un setting nel quale si produce una sfida per il discente, che può essere attivamente stimolato a misurarsi con problemi di crescenti difficoltà.

La presentazione di casi clinici reali, la discussione in gruppi e con il docente, l'osservazione dell'evolversi degli eventi susseguenti alle decisioni assunte, la comprensione della rilevanza di un consequenziale collegamento tra nodi causali e decisionali (casi clinici simulati, la discussione in gruppo su casi clinici reali, l'analisi degli errori, l'elaborazione di ipotesi di percorsi diagnostici o di scelte terapeutiche attraverso il metodo delle differenze) sono tutte attività che possono realizzarsi nel contesto clinico (*clearship*), così come nel contesto di sessioni tutoriali (*problem solving, decision making*).

Il processo di acquisizione di queste abilità metodologiche-metacognitive dovrebbe iniziare già a partire dal 2°-3° anno di corso, attraverso lo sviluppo della capacità di osservare fenomeni reali e di processarli, sviluppo che inizia attraverso una descrizione, misurazione, interpretazione, correlazione, gerarchizzazione, registrazione, ecc., mediante un lavoro a piccoli gruppi con l'ausilio di griglie e di standard certificati; un analogo processo di acquisizione di abilità metodologiche accompagna lo sviluppo delle capacità di trarre informazioni da fonti, con l'esercizio di attività tutorate di searching, understanding e critical appraisal di informazioni scientifiche: un duplice approccio al reale, quello che proviene dai sensi e quello che origina dalla conoscenza scientifica.

Lo sviluppo di capacità di affrontare problemi diagnostici (e di diagnostica differenziale) deve avere come presupposto una solida conoscenza - comunque acquisita - della patologia, e quindi deve collocarsi non prima del 4° e più probabilmente del 5° anno di corso, in una progressione giudiziosa di difficoltà e complessità.

Il *decision making*, che implica processi ancora più complessi, si colloca al 5° e soprattutto al 6° anno di corso, prevalentemente in un contesto clinico.

La continuità della formazione di abilità metodologiche-metacognitive è essenziale per e con una progressiva maturazione dello studente: va quindi articolata e modulata secondo crescenti livelli di difficoltà, va distribuita - con momenti diversi - lungo buona parte del percorso formativo, può essere realizzata attraverso strumenti di apprendimento tutoriale e di esperienza sul campo, dove sono prese le decisioni e le loro conseguenze sono apprezzabili.

2.4 VALUTAZIONE DELLE ABILITÀ PROFESSIONALIZZANTI

La discussione sui tempi d'insegnamento e valutazione delle ADP, ha visto tutti i partecipanti d'accordo nel suggerire che le abilità pratiche possano e debbano essere insegnate e quindi valutate fin dai primi anni del corso di laurea. La valutazione di ciascuna abilità dovrebbe essere effettuata nell'ambito del corso integrato in cui l'abilità

stessa è inserita, secondo criteri di specificità e di appropriatezza. Per ogni abilità essenziale (o abilità di livello 3, come stabilito nel "core curriculum" nazionale) il docente, preposto ad insegnarla secondo un piano concordato nell'ambito dell'intero corso integrato, dovrebbe certificare che lo studente abbia appreso l'abilità e sappia eseguirla in modo automatico ed autonomo. L'avvenuto apprendimento delle abilità "pratiche" gestuali e relazionali non può che essere testato, secondo il gruppo di lavoro, mediante una valutazione di *performance* in cui lo studente sia in grado di dimostrare di saper eseguire l'abilità in questione innanzi al docente che ne ha avuto la responsabilità dell'insegnamento.

Una valutazione formativa durante la fase dell'apprendimento è ritenuta senz'altro utile, anche alla luce dei dati della letteratura che indicano come un test valutativo, eseguito nel corso dell'apprendimento, sia in grado di facilitare la memorizzazione e l'acquisizione anche degli obiettivi pratici¹. Tuttavia, una valutazione certificativa al termine di ciascun corso integrato rimane essenziale.

Infine, tutti i componenti del gruppo di lavoro sono stati concordi nel sostenere che la ripetizione delle abilità pratiche - con livelli crescenti di complessità - sia molto importante e rappresenti un obiettivo da perseguire con maggiore sistematicità. Si ritiene pertanto necessario reiterare sia l'insegnamento che la valutazione dell'apprendimento di tali abilità nel tempo. Inoltre, dal momento che alcune abilità come l'esame obiettivo debbono essere apprese dallo studente non solo in maniera sistematica, ma anche in modo guidato da ipotesi, così da poterle utilizzare nell'ambito di un ragionamento clinico, ciascun insegnamento potrà riprendere le abilità apprese negli anni precedenti e ripeterle correlandole alla proprie specificità e facendole eseguire dallo studente non più solo in maniera sistematica ed automatica, ma anche in rapporto a specifiche problematiche cliniche².

Inoltre, tutti si sono detti d'accordo sulla necessità di istituire un esame finale pre-laurea per valutare il mantenimento delle abilità pratiche che lo studente ha appreso durante l'intero corso di laurea. Il gruppo è stato concorde nel suggerire che il metodo appropriato per procedere alla valutazione finale, sia delle abilità pratiche gestuali che di quelle relazionali, è l'OSCE² con stazioni specificamente costruite per valutare un numero finito di abilità estratto dall'elenco delle abilità essenziali (di livello 3) approvato e concordato dal consiglio di corso di Laurea (*Core curriculum*, Livello 3). È stato prodotto e discusso un esempio di OSCE composto da 4 stazioni (valutazione della pressione arteriosa, esame obiettivo della mammella e del cavo ascellare su manichino, scrittura di un certificato, *counselling* ad un soggetto HbsAg positivo mediante l'utilizzo di un paziente simulato), ciascuna corredata di istruzioni per lo studente, per l'esaminatore e per l'eventuale paziente simulato, nonché di una griglia di valutazione dettagliata per un giudizio oggettivo e standardizzato.

Infine, tutti i partecipanti del gruppo si sono detti d'accordo nel ritenere essenziale per la formazione del medico che lo studente venga portato ad apprendere il meto-

do del ragionamento clinico e che sia in grado di acquisire competenze interpretative e decisionali su casi clinici di diverso livello di complessità. La valutazione di tali capacità, che possono essere considerate conoscenze di livello tassonomico elevato, può essere effettuata nell'ambito di esami scritti, utilizzando principalmente test con domande a scelta multipla contestualizzate o problemi clinici "key feature"³. È stato discusso un esempio di caso clinico a cascata, in cui la soluzione univoca permette una valutazione rapida oggettiva del risultato. Altri tipi di problemi clinici con risposte aperte sono anche possibili, sebbene richiedono in genere una griglia di valutazione o una serie di parole chiave per poter essere corretti in maniera oggettiva. I problemi clinici scritti possono infine venire ulteriormente discussi con lo studente nell'ambito di un successivo esame orale.

3. Conclusioni e proposte

A mo' di conclusione sembra utile riprendere alcuni concetti fondamentali, emersi nei lavori di gruppo per rendere più agevole la formulazione di qualche proposta che renda più efficace l'insegnamento-apprendimento delle ADP.

Mediante le ADP si debbono apprendere abilità teorico-pratiche, ma anche abilità metodologiche; le prime consistono nelle abilità gestuali e relazionali correntemente esercitate negli atti medici; il "core curriculum" dei CdLM in Medicina le ha convenzionalmente graduate in tre livelli tassonomici:

- abilità di primo livello: quelle che riguardano azioni di cui è sufficiente una conoscenza molto superficiale; è pertanto sufficiente che lo studente le abbia viste eseguire;
 - abilità di secondo livello: riguardano azioni che non sono richieste al medico non specialista; è comunque opportuno che lo studente abbia provato ad eseguirle personalmente almeno una volta, per sperimentarne l'essenza;
 - abilità di terzo livello: sono le azioni che il medico neo-laureato deve essere in grado di compiere in modo autonomo e automatico, perché fanno parte del patrimonio professionale di qualsiasi medico anche non specialista.
- Le abilità di 1° e di 2° livello potranno diventare di 3° livello in modo differenziato nei corsi di formazione specialistica.

Le abilità metodologiche sono altrettanto se non più importanti perché collegano le conoscenze teoriche alle abilità pratiche, cioè trasformano le conoscenze in competenze professionali, mediante l'applicazione intelligente delle prime ai contesti operativi (si potrebbe dire che consentono di rispondere alla domanda: "che cosa devo fare con quello che so e come posso usarlo?").

Alcuni esempi di abilità metodologiche sono i seguenti:

- rilevazione e interpretazione critica dei dati e dei fenomeni rilevati in ambito clinico,
- applicazione e messa in reciproca relazione delle conoscenze teoriche (anche delle scienze di base) nella singola attività preventiva, diagnostica, prognostica, terapeutica e riabilitativa,
- applicazione della metodologia propria dell'EBM e/o della "clinical governance",

- assunzione motivata di decisioni per la soluzione di problemi (soprattutto clinici, ma non solo),
- esercizio dell'attitudine empatica nelle relazioni,
- considerazione delle componenti etiche nell'affrontare problemi clinici (ma anche biologici, ecologici, socio-economici, ecc.).

Quando tre anni or sono la Conferenza dei Presidenti ha posto all'ordine del giorno della sua 84° riunione il problema della ADP, si è data come obiettivo a termine medio-breve quello di correggere e completare nel "core curriculum" l'elenco delle UDE pratiche e delle UDE metodologiche attinenti agli ambiti culturali clinici.

Nello svolgere questo compito si è presa coscienza di alcuni elementi: innanzi tutto, essendo unico il *profilo professionale* del medico neoformato, è necessario un certo grado di omogeneità tra i diversi CdLM. Tuttavia, l'autonomia didattica consente (e richiede) a ogni CdLM una propria pianificazione delle "ADP" in relazione alla "mission" specifica e alle risorse *reali* disponibili; inoltre, è auspicabile il contributo delle esperienze locali e la loro circolazione nazionale per migliorare il progetto di "core" e la sua applicazione. Infine, è utile la definizione condivisa di un *livello minimo comune* di apprendimento delle abilità professionali *essenziali e irrinunciabili* (quelle di 3° livello); ma in questa operazione serve molto realismo e molta concretezza: ogni CdLM deve fare i conti con le proprie risorse effettive, e tutti i CdLM debbono inserire nei loro programmi solo le ADP che possono far conseguire le abilità essenziali (di livello 3) che sono in grado d'insegnare e di far apprendere in modo ottimale.

Di fatto in questi tre anni - dal 2006 ad oggi - è stata proposta la diminuzione oculata del numero delle abilità pratiche di 3° livello e si è iniziato a proporre un elenco ancora incompleto di abilità metodologiche. Si è avvertita inoltre la necessità di collegare le abilità pratiche e quelle metodologiche alle UDE cognitive teoriche pertinenti del "core", così da conseguire un'auspicabile *integrazione* degli obiettivi formativi. Infatti è assolutamente necessario conferire significato unitario a ogni atto medico, che è il versante professionale della Medicina, nonché considerare le abilità professionalizzanti come strumenti da integrare nell'atto medico per la soluzione dei problemi clinici. E allora l'ADP, oltre a far apprendere le abilità pratiche, deve anche facilitare la sintesi in una visione unitaria e funzionale tra conoscenze teoriche e abilità pratiche da utilizzare nell'esercizio professionale. Il fine ultimo concreto dell'operazione è quello di mettere il futuro medico nelle condizioni di rispondere alle domande proprie di ogni atto clinico: *"Come devo interpretare quello che vedo, ascolto, tocco usando la semeiotica, e di conseguenza cosa debbo o posso fare a fini diagnostici, terapeutici, preventivi, ecc. nella cura di questo paziente?"*

Ma tutto questo ancora non basta: infatti bisogna collocare le differenti ADP nei luoghi e nei tempi appropriati con la scansione dei momenti di insegnamento, apprendimento e valutazione. E infine è necessario individuare le modalità d'insegnamento e di valutazione dell'apprendimento per le UDE corrispondenti alle "ADP" (pratiche + metodologiche).

Proprio durante i lavori di questa Conferenza si è rilevata l'opportunità che la Commissione del "core curriculum" e quella per l'innovazione didattica lavorino di concerto nello sviluppo della pianificazione delle ADP. Fin d'ora sembra opportuno sottoporre all'attenzione delle due Commissioni alcune ipotesi di lavoro.

In primo luogo la proposta di distribuzione temporale delle ADP lungo i sei anni di corso che, recependo anche i risultati dei lavori di gruppo, potrebbe avere la seguente articolazione:

ADP per abilità pratica essenziali (liv. 3): primo apprendimento nel corso pertinente; rinforzo *continuo* nei tirocini clinici, in ospedale e negli ambulatori della Medicina generale.

ADP metodologiche professionalizzanti (= cliniche): dal terzo anno (C.I. Metodologia clinica), con *rinforzi continui* per il mantenimento; consolidamento nei C.I. di Medicina interna e Chirurgia generale.

ADP per abilità relazionali: da pianificare sui 6 anni, purché monitorate dai docenti competenti (per es., Psicologia clinica); perfezionamento finale con la collaborazione dei Medici di Medicina generale.

ADP per abilità pratiche non essenziali (liv. 1 e 2): in coincidenza con i loro corsi teorici.

Coerentemente con quanto sopra proposto, i singoli CdLM dovrebbero decidere e attuare un piano didattico che preveda - per ogni *abilità professionale essenziale* (liv.3) da far conseguire - un progetto del tipo: *"l'abilità X viene insegnata per la prima volta in coincidenza dell'insegnamento Y, che ne garantisce una prima verifica del grado iniziale d'apprendimento; questo apprendimento viene rinforzato e approfondito durante i periodi 6, 7, 10, grazie al contributo dei docenti F, M, R,; il mantenimento della performance finale soddisfacente ai fini professionali viene verificato nel periodo 12, cioè nell'ultimo semestre"*.

Più complessa è la proposta per la programmazione della valutazione delle ADP e per l'integrazione di questa con la valutazione delle competenze cliniche nel loro complesso. La verifica certificativa dell'apprendimento delle abilità pratiche di 3° livello potrebbe/dovrebbe venire effettuata nei seguenti momenti successivi:

contestualmente all'esame del corso di primo apprendimento (purché venga effettuata in condizioni "realistiche", anche se simulate);

con certificazione dei tutori durante i tirocini clinici e in medicina generale;

con metodologia "OSCE" al termine del *cursus studiorum*;

con certificazione dei valutatori alla fine del tirocinio per l'Esame di Stato.

Il fine evidente e primario di questa iterazione valutativa è quello di garantire il raggiungimento, ma anche il mantenimento effettivo delle abilità essenziali.

A proposito della valutazione finale con la metodologia OSCE, questa dovrebbe riguardare la verifica del conseguimento di 10-12 abilità gestuali e relazionali essenziali (di 3° livello), sorteggiate di volta in volta tra tutte quelle inserite nel "core curriculum" del singolo CdLM; è peraltro indispensabile che per ciascuna delle abilità testate sia

definito in precedenza (e noto agli studenti) il livello accettabile di *performance* (LAP), e sia definita anche la *performance* minima che si ritiene sufficiente per ogni prova OSCE complessiva.

Non si ritiene opportuno che il voto di tale prova sia dato in trentesimi, ma solo con una valutazione del tipo: promosso/bocciato (al massimo con la specificazione: buono, sufficiente, insufficiente); ciò perché un voto numerico probabilmente avrebbe un riflesso non affidabile sulla determinazione del voto finale, che deve essere la sintesi equilibrata della valutazione di conoscenze, competenze, abilità e comportamenti dello studente in immediata precedenza della laurea.

Proprio la verifica conclusiva dell'intero *cursus studiorum* delle abilità cliniche complessive rappresenta la proposta più innovativa che emerge da questo miniatelier pedagogico; in questa si vorrebbe che si verificasse una sintesi e integrazione nella valutazione della abilità pratiche e di quelle metodologiche.

Si propone al proposito un esame conclusivo delle abilità cliniche mediche e chirurgiche non specialistiche, costruito come segue:

- soluzione "carta e penna" di 2-3 casi clinici: *problem solving* e *decision making* generalistici, medici e chirurgici (voto oggettivo parziale);
- discussione orale individuale delle soluzioni dei casi clinici (perfezionamento del voto oggettivo sulle abilità metodologiche);
- prova pratica *bedside* (o con paziente "simulato") per la valutazione delle abilità relazionali e gestuali (con voto parziale);
- integrazione (non obbligatoriamente aritmetica) dei voti parziali nel voto finale.

Sicuramente la realizzazione di quanto sopra proposto non è semplice e richiede un discreto sforzo organizzativo da parte dei CdLM. Richiede innanzi tutto una pianificazione accurata del progetto didattico, ma anche un monitoraggio puntuale della sua realizzazione. Un impegno rilevante è richiesto dalla preparazione delle risorse umane e materiali necessaria:

- l'individuazione degli "spazi", che potrebbe richiedere convenzioni aziendali;
- il reclutamento e la formazione dei tutori in ambito universitario, ma anche ospedaliero e della Medicina generale, il che può richiedere procedure burocratiche per il loro reclutamento e per la retribuzione, e l'organizzazione di corsi ad hoc per la loro formazione;
- la disponibilità e il funzionamento routinario di "skill labs" con il relativo corredo di spazi, attrezzature (PC,

DVD, simulatori, ecc.) e personale (tutor e sorveglianti);

- la scelta, il reclutamento, la retribuzione, la formazione e infine l'utilizzazione di pazienti simulati, che rappresentano una novità per le Scuole mediche italiane, mentre sono oramai uno standard consueto in numerose Facoltà straniere statunitensi ed europee;

- per ultime, ma non per importanza, la definizione chiara degli obiettivi didattici e la responsabilizzazione diretta degli studenti nel loro conseguimento, elementi che comportano finalmente anche nel nostro Paese l'adozione dei contratti formativi.

Anche per la Conferenza si apre un periodo d'impegno ulteriore, se si vuole realizzare quanto proposto, qualora riscuota l'approvazione dei Presidenti: si tratta prima di tutto di utilizzare razionalmente ed efficacemente gli strumenti già disponibili all'interno della Conferenza stessa, per esempio cercando e realizzando sinergie tra le Commissioni con mandati "limitrofi", come la Commissione "core" e la Commissione "innovazione didattica".

Un programma a breve termine potrà comprendere allora: l'aggiornamento dell'elenco delle abilità pratiche e metodologiche (già programmato dalla Commissione "core"); la formazione dei tutori per la didattica professionalizzante (problema che verrà affrontato dalla Commissione "innovazione" con la "Pillola pedagogica" del prossimo inverno); la raccolta e l'utilizzazione delle esperienze che si stanno conducendo nei vari CdLM, così da mettere a disposizione degli altri ciò che di meglio ciascuno riesce a realizzare in casa propria (com'è previsto dal "Forum" sulle esperienze e proposte dei Presidenti di CdLM per la realizzazione concreta delle attività professionalizzanti, che verrà proposto sempre dalla Commissione "innovazione" nella Conferenza delle prossima primavera). Infine, un tema futuro non potrà non essere quello dell'esame finale nel *cursus studiorum* delle competenze professionali, che potrebbe forse rappresentare il momento conclusivo nella sequenza dei "progress test".

Bibliografia

1. Riggio O, Colosimo A, Consorti F, Burla F, Scarno A, Basili S, Mattia E, Ziparo E, Fantoni A, Gallo P. La cassetta degli attrezzi per una valutazione dell'apprendimento pertinente e obiettiva. *Medicina e Chirurgia* 40-41: 1739-1743, 2007.
2. Harden RM, Gleeson FA. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Medical Education* 13: 41-54, 1979.
3. Farmer EA, Page G. A practical guide to assessing clinical decision-making skills using the key features approach. *Medical Education* 39: 1188-1194, 2005.

La responsabilità medica

Analisi della più recente giurisprudenza

Sergio Stefoni¹, Paolo De Angelis² (Bologna)

Introduzione

Alcuni anni fa pubblicammo su questa rivista un articolo in tema di responsabilità medica che, a seguito di rilevanti interventi giurisprudenziali degli ultimi anni, non presenta più il requisito principale di ogni articolo divulgativo (giuridico o meno che sia): l'aggiornamento. Per tale ragione, nel proseguo dell'articolo riprenderemo i punti tratteggiati nella precedente pubblicazione aggiornandoli nelle parti in cui ciò si renda necessario.

Essere responsabili di qualcosa significa essere chiamati a sopportare le conseguenze di un certo atto o fatto e a risponderne. Nel presente scritto parlerò della responsabilità medica ossia di quel particolare tipo di responsabilità in cui può incorrere chi eserciti un'attività medico – chirurgica. Si configurano ipotesi di responsabilità medica quando a seguito di condotte commissive o omissive poste in essere da chi eserciti attività medica, taluno subisca delle conseguenze lesive che, altrimenti, non si sarebbero verificate.

E' noto che negli ultimi anni si è sviluppato un intenso dibattito, al riguardo, tra quanti assumono un atteggiamento accusatorio e punitivo, fondando il giudizio sulla gravità degli eventi e sulle connesse conseguenze, e quanti, al contrario, assumono un atteggiamento maggiormente difensivo, fondando il giudizio sulla scarsa incidenza percentuale di questi accadimenti rispetto agli interventi erogati. Il presente scritto non ha la presunzione di inserirsi nel dibattito di cui sopra ma ha la volontà di chiarire cosa debba intendersi per responsabilità medica e, soprattutto, di chiarire quante sono e come sono disciplinate le svariate tipologie di responsabilità medica di cui si sente discutere.

Se, infatti, la definizione di responsabilità medica data ad inizio paragrafo è unitaria ed è unanimemente accettata, deve precisarsi che essa può avere risvolti in diverse branche del diritto; rispetto ad esse, dunque, deve essere osservata. I campi giuridici di maggior interesse sono quelli relativi al diritto civile, penale e amministrativo e di essi si cercherà, nel proseguo, di operare una trattazione sintetica e semplice.

La responsabilità medica civile

Quanto alla responsabilità medica di natura civilistica, occorre approfondire i seguenti aspetti: 1) la natura della responsabilità e le connesse conseguenze; 2) le possibili conseguenze della condotta lesiva alla luce delle recenti decisioni della Corte Costituzionale e della Corte di Cassazione in materia di danno non patrimoniale.

1) E' noto come la responsabilità della struttura medica che accoglie il paziente sia da lungo tempo e unanimemente ritenuta di tipo contrattuale¹, nel senso che si ritiene che tra chi si reca in una struttura medica e la struttura stessa sorga un vero e proprio rapporto contrattuale. La struttura medica (e il medico che eroga la prestazione) è, pertanto, tenuto ad adempiere una vera e propria obbligazione di stampo civilistico e l'eventuale inadempimento o non perfetto adempimento potrà seguirà le regole previste in tema di adempimento contrattuale nel codice civile; pertanto: A) l'azione di danno potrà essere esperita entro il termine prescrizionale quinquennale, B) l'onere di dimostrare che l'inadempimento sia derivato da caso fortuito o forza maggiore grava sul convenuto. Se relativamente al primo punto non ci sono né particolari problematiche né difficoltà interpretative, maggiormente rilevante e anche criptico per chi non sia avvezzo al linguaggio giuridico, è il secondo punto. Cercando di usare un linguaggio più semplice, può dirsi che mentre nel caso in cui si parlasse di responsabilità extracontrattuale sarebbe colui che propone l'azione giudiziaria ("attore" in termini giuridici, "paziente" nello specifico caso in trattazione) a dover dimostrare il verificarsi di tutti i fatti che hanno provocato l'inadempimento; trattandosi di responsabilità contrattuale l'attore (paziente) deve solo dimostrare l'esistenza del contratto (il ricovero nella struttura sanitaria o l'aver ricevuto cure da parte di un medico) mentre spetterà alla parte citata in giudizio ("convenuto" in termini giuridici, struttura e / o medico nello specifico caso in trattazione) dover dimostrare di aver adottato tutte le misure necessarie per adempiere, ossia per prestare al paziente le cure più appropriate e che, ove queste non abbiano sortito l'effetto sperato, la causa sia da imputare a caso fortuito o forza maggiore. Nel precedente testo, alla luce della giurisprudenza dell'epoca, evidenziavamo come sarebbero stati applicabili gli articoli 1176 comma 2 e 2236 del codice civile, nel senso che dal combinato disposto di questi articoli (ossia dall'esame svolto organicamente di quanto previsto nei due articoli) così come compiuto negli ultimi anni dalla Corte di Cassazione, emergeva la seguente disciplina: il professionista è responsabile anche per colpa lieve (art. 1176, secondo comma, cod. civile), salvo che la prestazione dedotta in contratto

¹ La responsabilità della Casa di cura, generalmente, è responsabilità per inadempimento dell'obbligazione che la stessa Casa di cura assume, direttamente con i pazienti, di prestare la propria organizzazione aziendale per l'esecuzione dell'intervento richiesto. Infatti, all'adempimento dell'obbligazione ora indicata è collegata la remunerazione della prestazione promessa, in essa incluso anche il costo inteso come rischio dell'esercizio dell'attività di impresa della Casa di cura. Naturalmente nel rischio prima indicato è compreso anche quello della distribuzione delle competenze tra i vari operatori, di cui il titolare dell'impresa risponde ai sensi dell'art. 1228 c.c.: Cass., SSUU, 01.07.02, n. 9556.

¹ Preside della Facoltà. ² Coordinatore dei Servizi di Facoltà. Facoltà di Medicina e Chirurgia Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, in quanto in quest'ultimo caso egli è tenuto al risarcimento dei danni unicamente per dolo o per colpa grave (art. 2236 cod. civile); ancora più concretamente ed esemplificativamente concludevamo affermando che l'onere della prova si ripartisce tra attore e convenuto a seconda della natura dell'intervento effettuato, e precisamente: a) nel caso di intervento di difficile esecuzione, il medico ha l'onere di provare soltanto la natura complessa dell'operazione, mentre il paziente ha l'onere di provare quali siano state le modalità di esecuzione ritenute inidonee; b) nel caso di intervento di facile o routinaria esecuzione, invece, il paziente ha il solo onere di provare la natura routinaria dell'intervento, mentre sarà il medico, se vuole andare esente da responsabilità, a dover dimostrare che l'esito negativo non è ascrivibile alla propria negligenza o imperizia.

Questo stato di fatto cui si era giunti è stato contraddetto dalla recente giurisprudenza secondo cui il regime della prova in caso di inadempimento non presenta differenze determinate dalla complessità dell'intervento; nel caso della responsabilità professionale, si pone in capo al paziente esclusivamente l'onere di allegare l'inadempimento e non di provarlo, con la conseguenza che spetterà al medico l'onere di provare di avere esattamente realizzato la prestazione: viene meno, dunque, ogni differenziazione probatoria tra intervento di semplice realizzazione e intervento complesso. Secondo questa giurisprudenza (C. Cass., SSUU, 11.01.08, n. 577), dunque, nel vigente ordinamento esisterebbe una presunzione di colpa e di causalità che comporta che sia il medico-debitore che debba provare che non ha commesso l'errore per mancanza di colpa o di causalità; anche nelle obbligazioni di mezzi (quale è sempre stata considerata quella medica), pertanto, non può dirsi che il debitore assume solo un obbligo di diligenza ma vi è sempre anche una componente di risultato. Alla luce di queste considerazioni si può affermare che è sempre minore la differenza tra le obbligazioni di mezzi e le obbligazioni di risultato in quanto anche nelle prime il non adempimento non va provato dal creditore ma va provato, a discolpa, dal debitore²: si inverte, cioè, l'onere della prova.

2) Rispetto al precedente testo, completamente da rivedere è l'aspetto inerente il punto 2, relativo alle possibili conseguenze della condotta lesiva; ciò a seguito di alcune rilevanti prese di posizione della giurisprudenza. Fino a pochi anni fa, si riteneva³, che nella astratta previsione dell'art. 2059 del codice civile dovesse essere compreso:

² C. Cass., SSUU, 11.01.08, n. 577: "... in ogni obbligazione si richiede la compresenza sia del comportamento del debitore che del risultato, anche se in proporzione variabile ... il meccanismo di ripartizione dell'onere della prova ... è identico, sia che il creditore agisca per l'adempimento dell'obbligazione ex art. 1453 c.c., sia che domandi il risarcimento per l'inadempimento contrattuale, ex art. 1218 c.c. ... senza richiamarsi in alcun modo alla distinzione tra obbligazioni di mezzo e di risultato ...".

³ C. Cost., 11.07.03, n. 223; Cass., SSUU, 12.05.03, nn. 7281, 7283; Cass., SSUU, 31.05.03, nn. 8827, 8828; Cass., SSUU, 24.03.06, n. 6572; Cass., SSUU, 12.06.06, n. 13546.4

- il danno morale soggettivo, inteso come turbamento dello stato d'animo;
- il danno biologico, inteso come lesione dell'interesse all'integrità psico – fisica;
- il danno esistenziale, inteso come danno derivante dalla lesione di qualunque interesse costituzionalmente riconosciuto.

Quanto al danno morale, esso era riconoscibile sia alla vittima primaria che alle vittime secondarie e aveva natura meramente emotiva e interiore. La sua liquidazione era ancorata a una percentuale della liquidazione del danno biologico nel caso di vittima primaria; nel caso di vittima secondaria era fatta equitativamente.

Quanto al danno biologico, con questo termine si intendono le lesioni cagionate all'integrità psico – somatica del soggetto indipendentemente da qualsiasi ripercussione di carattere patrimoniale.

Quanto al danno esistenziale (figura di recente elaborazione giuridica), esso si distingueva:

- dal danno patrimoniale perché non comporta una espressa *deminutio patrimonii*, ma anzi agisce sulla sfera areddituale;
- dal danno morale perché non ha natura meramente emotiva ed interiore ma anzi è obiettivamente accertabile;
- dal danno biologico perché non comporta una lesione psico – fisica medicalmente accertabile, ma anzi non è proprio oggettivabile dal punto di vista medico.

Questa tesi, nonostante gli autorevoli interventi giurisprudenziali e dottrinali volti a sostenerla, ha subito, però, recenti critiche a opera di altre pronunce giurisprudenziali. A fronte dell'indirizzo esistenzialista, cioè, si sono posti alcuni interventi che, sia pur minoritari, hanno tenuto acceso il dibattito: la tesi anti-esistenzialista sostiene che la norma contenuta nell'art. 2059 c.c., a differenza di quella parallela in tema di illecito patrimoniale (art. 2043 c.c.), non può essere interpretata quale norma atipica all'interno della quale far confluire fattispecie diverse di danno non espressamente riconducibili ai "casi previsti dalla legge". Questo contrasto ha indotto la Sezione terza civile della Corte di Cassazione (ord. 25.02.08, n. 4712) a proporre un intervento delle Sezioni Unite volto a fornire definitiva risposta a una molteplicità di quesiti, così riassumibili per la parte di interesse del presente intervento:

- se sia identificabile in via generale una autonoma figura di danno esistenziale che racchiuda in sé tutti i danni derivanti dalla lesioni di interessi costituzionalmente garantiti e consistente in qualunque lesione non patrimoniale diversa dal danno biologico e dal danno morale, oppure se di questa figura sia rinvenibile l'esistenza solo in ambito contrattuale.

La risposta non si è fatta attendere e con sentenza del novembre del 2008 le Sezioni Unite (C. Cass., SSUU, 11.11.08, n. 26972) hanno compiuto una completa panoramica sulla configurabilità del danno non patrimoniale e sui requisiti affinché possa essere riconosciuto:

1. Innanzitutto, la Corte precisa che il danno non patrimoniale costituisce voce piena e non suddivisibile in sottocategorie che, ove utilizzate (danno biologico, danno morale, danno esistenziale, danno estetico, danno da relazione) non possono che acquisire una valenza meramente descrittiva.

2. Poi, analizza la figura del danno non patrimoniale e ribadisce che l'art. 2059 c.c. è strutturato quale norma di rinvio, che consente, cioè, la riparazione dei pregiudizi subiti solo in casi predeterminati e sempreché sussistano gli elementi dell'illecito (condotta lesiva, pregiudizio, nesso causale tra condotta e pregiudizio, ingiustizia del danno). Quanto all'identificazione delle disposizioni cui l'art. 2059 compie rinvio, la Corte fornisce un elenco non tassativo⁴, premettendo che lo stesso è sempre integrabile dal Legislatore (mediante emanazione di disposizioni normative) o dal Giudice (in considerazione del principio evolutivo espresso dall'art. 2 della Carta Costituzionale che consente di considerare quali valori costituzionalmente rilevanti gli interessi come tali identificabili a seconda del momento storico e sociale concreto in cui si trovi ad adottare la decisione).

3. Quindi, circa la configurabilità di una autonoma figura di danno non patrimoniale identificabile come danno esistenziale, la Corte ha precisato che la sua genesi era derivata dalla necessità di colmare dei vuoti di tutela che si sarebbero altrimenti potuti verificare; vuoti di tutela oramai colmati dalla successiva elaborazione giurisprudenziale che identifica il danno non patrimoniale quale figura di danno di pari valore e dignità rispetto al danno patrimoniale.

Pertanto, alla luce dell'evoluzione giurisprudenziale sopra riportata, deve concludersi che, allo stato attuale, il danno non patrimoniale costituisca categoria unica e onnicomprensiva, risarcibile solo laddove siano stati lesi interessi costituzionalmente garantiti.

Infine, un brevissimo cenno merita la problematica inerente alla cd. responsabilità medica in *équipe*. Rispetto a questo tipo di responsabilità, la giurisprudenza era uniforme nel ritenere che ciascuno dei medici oltre a essere responsabile per la propria condotta (attiva o omissiva) potesse anche essere ritenuto responsabile per la condotta degli altri componenti l'*équipe*, solo nel caso in cui uno dei medici assuma nei confronti degli altri un ruolo di direzione o coordinamento (capo *équipe*). Solo in questo caso, cioè, taluno identificato come capo *équipe* poteva essere ritenuto responsabile anche per condotte poste in essere o omesse da parte degli altri medici; laddove non si versi in questa condizione, in base al principio dell'affidamento, cia-

scuno sarebbe responsabile per le azioni o omissioni compiute non potendosi ritenere incumbente su ciascuno dei medici un più ampio obbligo di diligenza volto a verificare e sorvegliare l'operato altrui.

Al riguardo, recente giurisprudenza ha precisato che nell'ambito di un'operazione chirurgica, i ruoli ed i compiti di ciascun elemento della *équipe*, possono essere svolti singolarmente o in *équipe*; nel primo caso "... dell'errore o della omissione ne risponde il singolo operatore che abbia in quel momento la direzione dell'intervento o l'errore sia riferibile ad una specifica competenza medica: l'anestesista non potrà certo rispondere dell'errore del chirurgo, come questi non risponderà di una inidonea somministrazione di anestetico da parte del primo. Nel caso, invece, in cui l'attività dell'*équipe* è corale, cioè riguarda quelle fasi dell'intervento chirurgico in cui ognuno esercita il controllo del buon andamento di esso, non si può addebitare all'uno l'errore dell'altro e viceversa ...": pertanto, in questo caso, tutta l'*équipe* medica è chiamata a rispondere integralmente dell'attività svolta collegialmente (C. Cass., sez. IV pen., 21.09.09, n. 36580).

La responsabilità medica penale

Quanto alla responsabilità medica di natura penalistica, essa può concernere sia la condotta omissiva che l'erronea diagnosi.

È noto che affinché possa addebitarsi a taluno una responsabilità penale, è necessario che ricorrano determinati presupposti; per sintetizzare al massimo, può dirsi che taluno ponga in essere una condotta che si verifichi un evento che il codice penale o altra legge speciale penale prevedono come reato, che tra la condotta e l'evento vi sia un nesso causale (ossia, che l'evento sia conseguenza effettiva di quella specifica condotta). Molto controverso, nel caso oggetto del presente scritto, è il tema relativo al nesso di causalità, specificamente in relazione alla cd. condotta omissiva. Inizialmente di era ritenuto che affinché si potesse individuare un nesso causale fossero sufficienti anche solo poche possibilità di successo (Cass., IV, 02.05.83, n. 4320). Successivamente, al fine di non rendere praticamente impossibile la difesa del medico, si elaborò un diverso concetto, ritenendosi necessario che l'esistenza del nesso causale sia riscontrata con un grado tale di certezza da fondare su basi solide un'affermazione di responsabilità (Cass., IV, 16.11.93, n. 10437). Poi, si ancorò il giudizio a criteri scientifici e si distinse la probabilità statistica (astratta) da quella logica (concreta) ritenuta, quest'ultima, maggiormente rispondente a identificare il grado di probabilità del verificarsi di un determinato evento quale conseguenza di una specifica condotta (Cass., IV, 09.03.01, n. 9780). Infine, con sentenza a Sezioni Unite, sono stati individuati specifici criteri affinché possa dirsi sussistente il nesso causale tra condotta ed evento: 1) deve accertarsi che ipotizzandosi compiuta dal medico la doverosa condotta l'evento non si sarebbe realizzato; 2) questo accertamento va compiuto non sulla base di

⁴ Elencazione comprendente: 1. le ipotesi di reato ex art. 185 c.p.; 2. altre leggi che espressamente prevedono la risarcibilità del danno non patrimoniale, quali, ad esempio, le seguenti: art. 2 L. 117/98 (privazione della libertà personale derivante da funzioni giudiziarie), art. 29 c. 9 L. 675/96 - ora art. 15 D.Lgs. 196/03 (modalità illecite nella raccolta dei dati personali), art. 44 c. 7 D.Lgs. 286/98 (adozione di atti discriminatori), art. 2 L. 89/01 (mancato rispetto del termine ragionevole di durata del processo); 3. gli interessi costituzionalmente rilevanti espressi nella Carta Costituzionale, quali: art. 32 (tutela della salute), artt. 2, 29 e 30 (tutela della famiglia), artt. 2 e 3 (tutela della persona).

un mero controllo statistico ma deve essere verificato nel caso concreto sulla base delle circostanze evincibili dallo stesso (Cass., SSUU, 11.09.02, n. 30328). Pertanto, pur essendo riscontrabile il nesso causale laddove vi sia un rilevante grado di certezza riscontrabile in base a leggi scientifiche, le leggi statistiche costituiscono solo uno degli elementi che il giudice può e deve considerare, assieme ad altri elementi riscontrabili nel caso concreto; dunque, verificata la sussistenza della probabilità statistica, sarà poi necessario verificare, anche, se esse siano utilizzabili effettivamente nel caso concreto oggetto del procedimento penale.

Sarà, pertanto, necessario accertare rigorosamente quale sia stata la causa dell'evento lesivo e, successivamente, escludere l'essersi verificato di ulteriori fattori che possano avere interrotto il nesso causale tra condotta ed evento (Cass., IV, 12.07.05, n. 25233 e Cass., IV, 10.07.06, n. 23881).

Recentemente si è posto il problema se la prova della causalità così come interpretata in via penalistica sia applicabile anche in materia civilistica.

La Corte di Cassazione (C. Cass., III, 16.10.07, n. 21619) ha precisato al riguardo che il modello di causalità disegnato dalle Sezioni Unite penali non è esportabile in sede di accertamento della responsabilità civile; ciò per più ragioni: innanzitutto, a causa della diversa funzione esercitata dal sistema penale (di natura sanzionatoria) rispetto a quello civile; inoltre, perché per condannare penalmente taluno occorre che ricorra nel suo comportamento un elevato grado di credibilità razionale del verificarsi dell'evento (in ambito penale, cioè, in presenza di un ragionevole dubbio si impone l'assoluzione), mentre per ritenere lo stesso individuo responsabile civilmente è sufficiente una probabilità relativa, ossia la possibilità in concreto che dal comportamento si sia originato un danno: in diritto civile prevale il criterio del <<più probabile che non>>; in diritto penale prevale il criterio della <<ogni probabile certezza>>.

La responsabilità medica amministrativa

Quanto alla responsabilità medica di natura amministrativa, deve precisarsi che perché possa parlarsi di responsabilità amministrativa, la condotta dannosa deve essere stata posta in essere da medico che svolga la sua attività per conto di un Ente pubblico.

Per responsabilità amministrativa, infatti, si intende

quel tipo di responsabilità di cui il dipendente deve rispondere nel caso in cui abbia arrecato un danno per il quale la pubblica amministrazione abbia dovuto risarcire un privato e / o sia incorsa essa stessa in un danno.

Trattasi di un danno che può anche essere non patrimoniale e che, soprattutto, non è in alcun modo collegato alla commissione di un reato. In questo caso, il dipendente è tenuto al risarcimento nella misura della reale diminuzione patrimoniale cagionata all'Ente. Questa figura, elaborata dalla Corte dei Conti (C. Conti, Sez. Riunite, 23.04.03, n. 10), appartenendo non al *genus* del danno-conseguenza quanto a quello del danno-evento finisce per rappresentare per le pubbliche amministrazioni ciò che il danno biologico rappresenta per le persone fisiche. Questo danno si sostanzia fundamentalmente nella lesione al prestigio ed all'onore dell'Ente dinanzi alla pubblica opinione, nonché nella compromissione del rapporto di trasparenza, fiducia e lealtà che lega i cittadini all'apparato pubblico; esso consiste in ogni forma di lesione ad utilità economicamente apprezzabile anche se non riferibile direttamente a beni aventi già in sé i connotati della patrimonialità; il danno, cioè, non deve riguardare necessariamente un bene materiale ma può avere ad oggetto anche beni inidonei a costituire oggetto di scambio e di quantificazione pecuniaria secondo le leggi del mercato (in questo senso anche C. Conti, 20.02.04, n. 151, secondo cui il danno è riconoscibile indipendentemente dalla dimostrazione di una spesa per il ripristino dei beni giuridici compromessi). *Inoltre, il danno all'immagine ha natura contrattuale, comprende ogni costo che la pubblica amministrazione è chiamata a sopportare (anche quelli futuri, senza che sia necessario fornirne la prova), non deve essere necessariamente correlato ad un reato⁵. Si ritiene che oltre che al danno effettivo eventualmente subito (danno emergente, per usare un termine civilistico) il danno all'immagine sia strettamente correlato anche al clamore ed alla diffusione che l'evento causativo ha avuto (sempre per usare un termine civilistico, il lucro cessante) e che, pertanto, la sua quantificazione debba essere affidata alla valutazione equitativa del giudice ai sensi dell'articolo 1226 del codice civile di cui costituiscono parametri per la valutazione equitativa i criteri oggettivo (gravità e reiterazione dell'illecito), soggettivo (esponenzialità istituzionale del soggetto agente) e sociale (effetti sull'azione amministrativa, livello di propagazione negativa dell'immagine).*

⁵ Così, recentemente, C. Conti, I, 04.03.09, n. 135. Vedi, anche, C. Conti, Lombardia, 24.04.09, n. 298, secondo cui le spese di ripristino del bene <<immagine>> costituiscono un costo fisiologico e non evitabile, sia in relazione all'entrata in vigore della L. 150/00 in materia di comunicazione pubblica, sia in considerazione che del fatto che il danno all'immagine si sostanzia in una lesione ai principi contenuti negli artt. 97 e 98 Cost.

Lauree triennali delle Professioni Sanitarie

Dati sull'accesso ai corsi e programmazione posti nell'A.A. 2009-2010

Angelo Mastrillo (Bologna)

Per la prima volta raggiungono quota 110mila le domande per l'iscrizione ai 26.530 posti delle lauree triennali delle professioni sanitarie: l'incremento è di 20mila (+23%) rispetto alle circa 90mila domande dello scorso anno.

Resta invece quasi stabile il numero dei posti messi a bando, da 26.720 a 26.530, con solo 190 in meno (-0,7%). Aumenta di conseguenza da 3,4 a 4,2 il rapporto Domande su un Posto (D/P). Diminuisce di 27 il numero dei corsi da 488 a 461 (-6%) e di 38 quello delle sedi formative che passano da 819 a 781 (-5%).

E' quanto emerge dai dati rilevati dalla Conferenza nazionale dei Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie, presieduta dal Prof. Luigi Frati, grazie alla collaborazione delle segreterie di tutte le Università sedi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Ripartizione dei posti per Università e profili

Per definire la suddivisione dei posti il Ministero dell'Università ha ricostituito in giugno 2009 l'apposito "gruppo tecnico", con 12 membri in rappresentanza di: Regioni, Conferenze Presidi di Medicina e Chirurgia e di Veterinaria, Ministero della Salute, Comitato Nazionale di Valutazione Sistema Universitario, Osservatorio Professioni Sanitarie del MIUR, Ordini dei Medici ed Odontoiatri e Ordine dei Veterinari.

Dopo i pareri espressi il 18 giugno 2009 da tale "gruppo", il Ministro dell'Università ha emanato specifici decreti il 3 e 6 luglio e il 4 settembre riguardanti anche le Lauree specialistiche di Medicina e Chirurgia con aumento di 287 posti da 7.778 a 8.075 (+3,7%), e riduzione di 68 posti per Odontoiatria, da 758 a 690 (-9,0%).

Per le lauree triennali, la ripartizione dei posti per ognuno dei 22 Profili e per ognuna delle 41 Università è stata riportata in altre pubblicazioni (Not. AITN Tecnici Neurofisiopatologia n. 3/2009) e nel sito della Conferenza.

Si conferma Milano come unica Università ad attivare tutti i 22 corsi previsti, rispetto alla media nazionale di 12; seguono Roma Sapienza 1 con 20, Roma Tor Vergata con 19, Pisa 18, Genova, Padova e Bari con 17, Firenze e Napoli con 16, Roma Cattolica con 15, Bologna e Messina con 14, Siena e L'Aquila con 13, e a seguire tutte le altre da 12 corsi fino ai minimi di Milano S. Raffaele⁽³⁾ e di Roma Campus⁽²⁾.

Per quanto riguarda il numero dei posti solo in 5 Università è superiore a 1.000: Roma Sapienza 1, con 2.703 posti in 20 corsi su 67 sedi; Milano con 1.435 in 22 corsi e 44 sedi; Roma Tor Vergata, con 1.373 in 19 corsi su 38 sedi; Torino 1.308 in 16 corsi e 24 sedi; Padova 1.230 posti in 16 corsi e 29 sedi, Bari 1.056 in 17 corsi e 23 sedi. Sotto 1.000 posti si trovano Verona a 986, Roma Cattolica a 965, Messina a 901, Bologna a 884, Genova a 870, Napoli e Firenze a 780, quindi tutte le altre fino al numero minimo di posti e di sedi di Campobasso con 130 posti su 5 corsi, Milano S. Raffaele con 130 posti su 3 corsi e infine Roma Campus con 103 posti su 2 corsi.

La ripartizione per Profili vede il maggior numero di Corsi e di sedi per Infermiere con 40 corsi su 218 sedi per 14.944 posti, seguito da Fisioterapista con 38 su 91 per

2.161 posti, Ostetrica con 38 su 57 per 1.100 posti, Tecnico di Radiologia con 37 corsi su 65 sedi per 1.377 posti e Tecnico di Laboratorio con 36 su 52 per 1.157 posti. Sono queste 5 le professioni presenti in quasi tutte le Università. Seguono da 29 a 7 corsi tutte le altre professioni fino ai minimi di 8 corsi per Tecnico Ortopedico e di 7 per Podologo e Tecnico Audiometrista, che lo scorso anno erano di 11 e di 12.

Lauree triennali e Lauree di Medicina e Odontoiatria

Resta fermo allo scorso anno il progressivo aumento dei posti assegnati alle Lauree triennali che in 13 anni, dal 1997-98 ad oggi, sono triplicate da circa 8 mila a 26 mila. Al contrario, per Medicina e Chirurgia, rimanendo stabile il numero annuale di circa 7 mila posti, con l'aggiunta di circa 800 per Odontoiatria, si ha la riduzione percentuale sul totale dei posti della Facoltà, dal 43% del 1997-98 al 23 % del 2009-10.

Si conferma il numero totale di 35.296 posti a bando, che lo scorso anno erano 35.266 con la ripartizione di 26.530 per le Professioni sanitarie, il 75%; di 8.075 per Medicina, il 23%; di 690 per Odontoiatria, il 2%.

Per quanto riguarda il numero delle domande presentate, aumenta da 89.642 a 110.230 (+23%) con D/P da 3,4 a 4,2. Sale, anche se di meno, per Medicina e Chirurgia da 60.502 a 71.000 (+17%) con D/P da 7,8 a 8,8. E' invece più contenuto l'aumento di domande su Odontoiatria, da 18.894 a 19.958 (+5,6%) con D/P che sale da 25 a 29. Resta quindi Odontoiatria il corso in cui è maggiore la competizione, che è dovuta sia al basso numero di posti, appena 700 invece dei 1.500 stimati con turnover al 3% sui circa 50mila Odontoiatri in attività che alla grande attrattiva per i giovani.

Le professioni più richieste dagli studenti

Anche quest'anno si confermano i valori proporzionali del rapporto Domande su Posti (DP) fra le 22 professioni. Al primo posto troviamo ancora Fisioterapista con rapporto D/P che sale da 11,4 a 14,9; al secondo Logopedista da 8,4 a 10,2. Segue al terzo posto Dietista da 7,4 a 8,3 e al quarto posto Tecnico di Radiologia, che cresce da 5,3 a 7,0 per effetto della riduzione dei posti da 1.558 a 1.377 (-12%). Al quinto posto Ostetrica da 5,4 a 5,9. Al sesto posto Igienista Dentale che invece scende da 4,6 a 4,3. Seguono con relativi aumenti, a 3,7 Terapista della Neuropsicomotricità Età evolutiva da 3,5 e Infermiere Pediatrico da 2,0; Tecnico di Riabilitazione Psichiatrica da 2,4 a 2,7 e Infermiere da 2 a 2,6. Quindi Tecnico di Neurofisiopatologia da 1,9 a 2,3 e Podologo da 1,5 a 2,3; seguono Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria da 2,1 a 2,2, Tecnico della Prevenzione da 1,9 a 2,2; Tecnico do Laboratorio da 1,6 a 2,1 e Ortottista da 1,9 a 2,0. Infine, sotto il D/P di 2, seguono Audioprotesista da 1,4 a 1,8; Tecnico Ortopedico da 1,4 a 1,7; Educatore Professionale da 1,1 a 1,3 e Terapista Occupazionale da 0,9 a 1,3 Chiudono agli ultimi posti Tecnico

Audiometrista da 0,9 a 1,1 e Assistente Sanitario da 0,5 a 0,8.

Programmazione posti secondo Regioni e Categorie

L'iter per la determinazione del numero dei posti è stato avviato da parte del Ministero della Salute il 10 dicembre 2009 con la richiesta alle Regioni e alle Categorie di presentare entro il 9 febbraio 2009 le rispettive proposte.

Ha fatto seguito il 26 marzo 2009 la consultazione delle Categorie presso il Ministero della Salute che ha esposto i dati proposti dalle Regioni, con successiva trasmissione al Ministero dell'Università.

Mentre la determinazione dei posti da parte della Conferenza Stato-Regioni è stata fatta a metà luglio, in pratica a "ratifica" della determinazione del Ministero della Salute. L'atto della Conferenza Stato-Regioni è arrivato con circa tre mesi di ritardo rispetto alla scadenza del 30 aprile 2008, come stabilito dall'art. 6 ter del Decreto Legislativo 229/1999. Un ritardo che si ripete ogni anno, nonostante che il Ministero della Salute si sforzi di chiudere la determinazione a fine febbraio.

Necessita quindi per il futuro una migliore sinergia fra Ministero della Salute e Conferenza Stato-Regioni per evitare sovrapposizioni e ritardi della procedura.

Ripartizione dei posti alle Università per Regioni

Il totale dei 26.530 posti messi a bando dalle Università è inferiore di 5.610 posti (-17%) rispetto ai 32.140 chiesti dalle Regioni e di 8.746 (-25%), rispetto ai 35.276 richiesti dalle Categorie. Su tale carenza di 5.610 posti incidono in misura maggiore le Università di 2 Regioni: Lombardia con un carenza di 1.314 (-26%), 3.666 invece di 4.980, e Veneto con carenza di 1.250 (41%), solo 1.824 posti invece dei 3.084 chiesti dalla Regione. Seguono le Università di altre Regioni con valori di carenza inferiore: Sicilia con 661 (-31%) e Sardegna con 608 (-47%).

In prevalenza la carenza totale di 5.610 posti riguarda i Corsi di Infermiere in Lombardia per 1.290 posti (-42%) e in Veneto per 1.139 (-52%), dato che gli altri 290 posti del totale di 1.248 riguardano Trento e Bolzano. Tale carenza contrasta con l'alto numero di domande che per la prima volta al Nord è quasi il doppio dei posti a bando.

Carenze ed esuberi delle Regioni rispetto alle Categorie

Il numero di posti chiesti dalle Regioni è di 32.140, con 893 in più rispetto ai 31.247 dello scorso anno (+3%). Mentre le Categorie hanno confermato la richiesta di 35.276, solo 174 meno dei 35.450 dello scorso anno.

La differenza in carenza delle Regioni rispetto alle Categorie è di 3.136 (-9%) ed è inferiore ai 4.303 dello scorso anno. Tale differenza si riferisce a 4.267 posti in carenza (lo scorso anno 5.761) ed a 1.131 in esubero (lo scorso anno era di 1.488).

In prevalenza la sottostima di 3.136 posti da parte delle Regioni riguarda Infermiere con 19.669 posti invece di 22.030 (-11%), 2.361 in meno della richiesta della Categoria, Federazione IPASVI.

Rispetto ai 18.724 dello scorso anno le Regioni hanno aumentato la richiesta di appena 845 posti (+4%). Al contrario per quanto riguarda la stima del fabbisogno in esubero di 1.131 posti da parte delle Regioni rispetto alle

richieste delle Categorie, la differenza maggiore riguarda Tecnico di Radiologia su cui la Categoria ne stima 1.131 mentre le Regioni ne chiedono 1.481, con una differenza di 350 (+31%). Seguono Fisioterapista con la Categoria che ne chiede 1.977 rispetto ai 2.276 delle Regioni, con differenza di 299 (+15%) e Tecnico di Neurofisiopatologia con 130 delle Regioni (+16%) rispetto ai 112 chiesti dalla Categoria.

Particolare, ma simile allo scorso anno è la situazione per Infermiere Pediatrico su cui, rispetto ai 429 posti richiesti dalle Regioni, la Federazione IPASVI non chiede alcuno dei 588 posti stimati da turnover. Il Corso è attivato solo da 12 Università su 41, e solo da 8 Regioni su 21. Probabilmente si ritiene che tali posti siano invece aggiunti al Corso di Infermiere.

Comunque, va detto che in generale quest'anno per la prima volta quasi tutte le Regioni hanno preso in considerazione le proposte delle Categorie portando ad una coerente determinazione del fabbisogno.

Studenti e Docenti della Facoltà di Medicina

Negli ultimi 13 anni, dal 1997 al 2009, è costantemente aumentato il numero di posti per studenti matricola, passando da 15.645 a 35.295 di quest'anno 2009, con una differenza di 19.650 posti, pari al 126%.

Su tale aumento incidono in particolare i Corsi di laurea triennale, dato che il numero dei posti per la Magistrale di Medicina e Chirurgia (7.253) e di Odontoiatria (776) è quasi costante su circa 8 mila posti all'anno.

Ma a tale aumento di studenti non corrisponde pari incremento dei Docenti dato che dai 10.922 del 1997 sono passati a circa 13.116, con un aumento di appena 2.194, pari al 20%. Di conseguenza è quasi raddoppiato (+90%) il rapporto matricole per docente, da 1,4 del 1997 e 2,7 del 2009.

L'ingresso di circa 18 mila studenti delle lauree triennali (+207%) avrebbe dovuto comportare un proporzionale ingresso di docenti dei Settori Scientifico Disciplinari MED/45-50 "professionalizzanti" dei 22 profili. Invece, l'esiguo numero di appena 292 Ruoli assegnati dal 2000 al 2009, resta insufficiente per le esigenze didattiche, a cui si sovrappone con un numero notevole di Professori a contratto, dipendenti Ospedalieri.

Ulteriore elemento di perplessità è l'esiguo numero di appena 40 Ruoli affidati a Professionisti dei rispettivi profili (14%) dato che quasi tutti gli altri Ruoli sono coperti da Medici, Odontoiatri e Biologi. A parte i 28 Ruoli del MED/45 affidati ad Infermieri, per le restanti professioni si tratta di numeri fra 4 e lo zero: su MED/48 con 3 Fisioterapisti e 1 Tecnico di Neurofisiopatologia, su MED/47 con 3 Ostetriche; su MED/50 con 2 Igienisti Dentali, 1 Logopedista e 1 Ortottista; su MED/49 con 1 Dietista e infine nessun Tecnico di Laboratorio sul MED/46.

Situazione Infermiere

Analogamente allo scorso anno i 14.944 posti a bando sono inferiori di 4.725 (-24%) rispetto ai 19.699 chiesti dalle Regioni. Sale invece, e di parecchio a oltre il doppio, il numero delle domande presentate: da 29.926 a 39.586, con un incremento di 9.660 (+32%).

Prosegue quindi in modo progressivo, l'aumento della copertura dei posti che nel 1997 furono appena 4.862; mentre quest'anno siamo alla copertura totale dei 14.944

posti a bando.

Il rapporto nazionale D/P di 2,6 è la media fra le aree geografiche: al Nord sale da 1,4 a 1,9; sale anche al Centro da 1,6 a 2,1 e al Sud da 3,8 a 5,1.

Il numero maggiore di domande presentate riguarda le 11 Università del Sud, dove su 3.129 posti a bando sono state presentate 16.020 domande, con 12.891 in avanzo e con 3.415 domande in più dello scorso anno (+27%). Mentre nelle 12 del Centro, su 5.541 posti sono state presentate 11.751 domande, 2.898 in più delle 8.853 dello scorso anno (+33%).

Ma è nelle 17 Università del Nord che si registra il maggiore incremento proporzionale delle domande: su 6.274 posti ci sono state 11.815 domande, 3.347 in più delle 8.468 dello scorso anno (+40%).

In totale, rispetto alle circa 40mila domande presentate su circa 15mila posti disponibili, restano fuori quasi 25mila studenti (+165%), di cui 5.569 su 11.958 domande al Nord (+87%), 5.577 su 10.701 al Centro (+109%) e ben 13.496 domande sulle 16.927 al Sud (+400%).

Il mancato accoglimento di circa 25 mila domande sgombra il campo da ogni equivoco rispetto alla chiusura delle Università in ragione di un presunto insufficiente numero di domande che, invece è il doppio dei posti disponibili al Centro-Nord e addirittura quadruplo al Sud. Né si può parlare di dato sorprendente, perché già lo scorso anno si era registrato il doppio delle domande, 30mila, su circa 15mila posti a bando.

Di fatto la disponibilità delle Università per circa 15mila posti all'anno, come si rileva nell'ultimo triennio, è inferiore di 4.725 (-26%) rispetto al fabbisogno di circa 20mila posti chiesti dalle Regioni e di 7mila (-32%) rispetto alla richiesta della Federazione degli Infermieri IPASVI.

A questo punto Regioni e Università dovranno necessariamente mettersi attorno ad un tavolo per risolvere un problema che da troppo tempo viene eluso e rinviato.

Si dice che mancano aule per le lezioni e personale docente e strutture per le attività tecnico-pratiche e di tirocinio. E' vero solo in parte, piuttosto a mancare è una migliore razionalizzazione delle risorse già disponibili. Se il Servizio Sanitario Nazionale risulta essere il primo e quasi esclusivo fruitore degli Infermieri perché non svolge al pieno delle proprie funzioni e potenzialità il ruolo di committente?

Intanto una prima soluzione, anche se parziale, è stata prevista dal Ministero dell'Università che ha recepito la richiesta di aumento della Conferenza Stato-Regioni ed ha accolto la proposta del 24 giugno della Conferenza dei Presidi di Medicina per un aumento del 10%.

Con nota del 28 settembre il Ministero ha dato indicazioni ai Rettori e ai Presidi a favore di un aumento di 4.760 posti rispetto ai 14.944 già messi a bando da ogni Università. Se tutte le Università aumentassero subito i posti di almeno il 10%, si potrebbe arrivare ad un immediato incremento di 1.500 posti già da quest' AA 2009-2010.

Riduzione dei corsi a bassa numerosità

Nel rispetto del DM Università 31 ottobre 2007, che fissa i numeri minimi e massimi di studenti fra 10 e 75, tutti i corsi sono passati dal minimo di 8 a 11 per Tecnico di Neurofisiopatologia, al massimo di 69 per Infermiere che lo scorso anno era su 64.

E' invece diminuito il numero minimo dei corsi, passando da 11 a 7 per Podologo. Mentre è stabile su 40 il numero massimo dei corsi per Infermiere.

Lo scorso anno furono attivati 64 corsi con numero di posti inferiore al suddetto minimo di 10.

A seguito delle ripetute segnalazioni del Ministro dell'Università contro i corsi a bassa numerosità di tutte le Facoltà, lo stesso "gruppo" ministeriale ha eliminato tutti i 30 corsi con numero di posti pari a 5 posti e accorpato i restanti 34 sul numero minimo di 10.

Fanno eccezione 7 casi in cui ha confermato 9 posti, che però raggiungono 10 con i posti riservati agli extracomunitari: Logopedista a Firenze, Ortottista a Messina, Igienista Dentale a Siena e infine Sassari con Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Audioprotestista e Tecnico di Neurofisiopatologia.

Ma dal prossimo anno anche questi corsi dovranno passare ad almeno 10 posti oppure soppressi se la Regione non ne prevede la programmazione.

Conclusioni

Rispetto allo scorso anno, grazie alle iniziative del Ministero della Salute ed alla disponibilità di numerose Regioni, ci sono stati miglioramenti nei criteri di programmazione. Tuttavia in alcuni casi di palesi incongruenze su esuberanti e carenze sarebbe auspicabile che il Ministero della Salute intervenisse con maggiore incisività per favorire l'adeguamento nei casi di evidenti disparità.

Per il prossimo AA 2010-11, ai fini di una migliore ripartizione dei posti secondo il potenziale formativo dichiarato dalla Università, sarebbe indispensabile che la Conferenza Stato-Regioni e il Ministero della Salute determinassero il fabbisogno formativo entro la scadenza del 30 aprile 2010 come esplicitamente stabilito dalla Legge 264/1999.

In prospettiva per il prossimo A.A. 2010-11, per i Corsi di Infermiere si attendono almeno 21mila posti invece dei soliti 15mila attuali. Solo in questo modo si potrebbe iniziare a cercare di ridurre la carenza dei circa 5 mila posti stimati dalle Regioni e dei 7 mila chiesti dalla Federazione IPASVI. L'aumento atteso di almeno il 30% riguarda tutte le Università e in particolare quelle del Nord.

Ringraziamenti

Si ringraziano per la collaborazione le Presidenze, i Docenti e il Personale delle segreterie della Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università di Ancona (Francesca Campolucci), Bari (Domenico Borromeo), Bologna (Roberta Sciulli), Brescia (Diana Omelio), Cagliari (Ottavio Mura), Campobasso (Luigina Pantaleo), Catania (Valentina Cocco), Catanzaro (Franco Mauricci), Chieti (Carmine Di Ilio), Firenze (Riccardo Martelli), Genova (Paolo Rossi), L'Aquila (Massimo Tinari), Messina (Manuela Plastina), Milano (Giuseppe Boffi), Milano Bicocca (Anna Tassari), Milano S. Raffaele (Uber Del Vecchio), Modena (Paolo Leonelli), Napoli Federico II (Maurizio Tafuto), Napoli SUN (Segreteria studenti), Padova (Annalisa De Nadai), Palermo (Daniele La Barbera), Parma (Mara Guasti), Pavia (Cristina Guaraglia), Perugia (Segreteria studenti), Roma Campus (Claudia Ciccarella), Roma Cattolica (Patrizia Meli), Roma Sapienza (Franco Baraldi), Roma Tor Vergata (Rosaria Alvaro), Sassari (Paolo Deledda), Trieste (Nives Cossutta), Udine (Ilenia Gramaro), Varese (Cynthia Brughera), Vercelli-Novara (Valter Rolando) e Verona (Giovanni Fiorini). Sono stati ottenuti i dati consultando infine i siti web delle Università di Ferrara, Foggia, Pisa, Salerno e Torino.

Association for Medical Education in Europe (AMEE)

Condividere risorse ed esperienze

Giuseppe Familiari (Roma La Sapienza)

Premessa

L'educazione medica ha ormai raggiunto una notevole complessità organizzativa, insieme ad un livello di responsabilità molto elevato nei confronti della Società internazionale. Sono infatti ormai mutati da tempo i parametri essenziali che hanno scandito la formazione dei medici negli anni scorsi, ed è quindi essenziale che coloro che si occupano di formazione medica o hanno responsabilità organizzative in questo ambito, abbiano consapevolezza dell'importanza dell'internazionalizzazione dei processi educativi, al pari dei metodi della ricerca scientifica moderna.

In altri termini, non sarebbe pensabile, oggi, programmare attività didattiche, curricula e metodologie di insegnamento/apprendimento senza fare riferimento al mondo internazionale; ed è proprio a livello internazionale che è facile reperire una Società scientifica, la "Association for Medical Education in Europe (AMEE)", che si occupa di pedagogia medica con un rigore metodologico e scientifico che non ha nulla da invidiare a quanto fatto dalle Società Scientifiche internazionali che si occupano nei rispettivi ambiti disciplinari di Medicina e Ricerca scientifica.

AMEE: l'associazione internazionale più importante in Europa (www.amee.org).

L'AMEE (www.amee.org) è senza dubbio l'associazione internazionale europea più importante, in relazione ai servizi che sono offerti ai soci, in relazione al grande numero di associati, ed in relazione all'alto livello scientifico delle conferenze e delle pubblicazioni organizzate dalla Conferenza stessa.

I soci AMEE ricevono gratuitamente dodici numeri per anno della rivista scientifica "Medical Teacher", sconti sulla partecipazione alle Conferenze annuali e sull'acquisto delle guide AMEE, iscrizione gratuita a "MedEdWorld" e, infine, diritto di voto nelle assemblee generali che si svolgono annualmente nell'ambito dei congressi internazionali AMEE (Fig. 1).

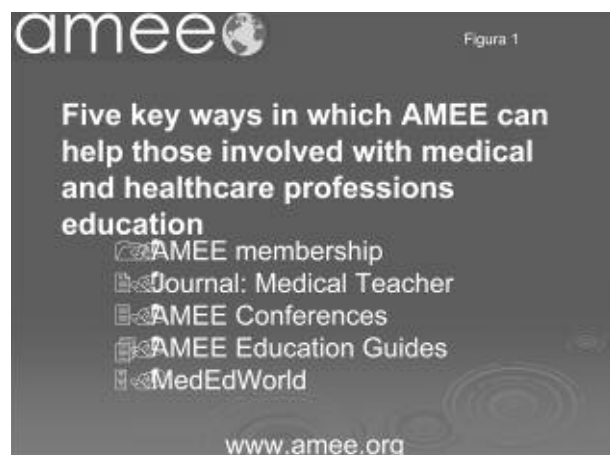


Figure 1

amee

Five key ways in which AMEE can help those involved with medical and healthcare professions education

- AMEE membership
- Journal: Medical Teacher
- AMEE Conferences
- AMEE Education Guides
- MedEdWorld

www.amee.org

La rivista scientifica dell'AMEE, "Medical Teacher", è un periodico dedicato alla pedagogia medica, e rivolto a tutti i colleghi che sono coinvolti nell'insegnamento in ambito medico. Il suo ultimo valore di "impact factor" (2008) è stato 1,12. I lettori di "Medical Teacher" sono distribuiti in 85 stati del mondo, mentre è solo da 47 stati che provengono gli articoli accettati per la pubblicazione (Fig. 2).

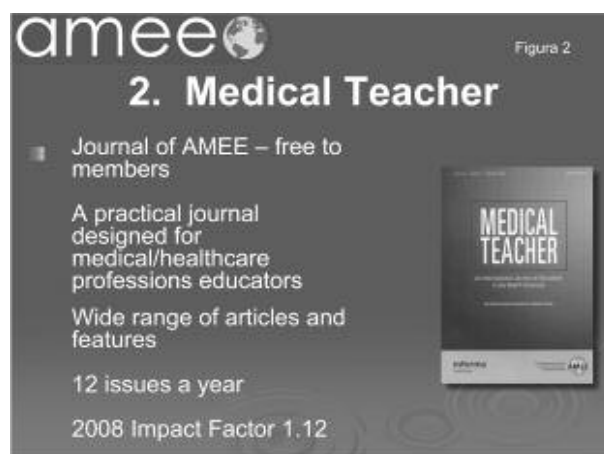


Figure 2

amee

2. Medical Teacher

- Journal of AMEE – free to members
- A practical journal designed for medical/healthcare professions educators
- Wide range of articles and features
- 12 issues a year
- 2008 Impact Factor 1.12

MEDICAL TEACHER

Le Conferenze AMEE rappresentano un altro punto di forza di questa associazione internazionale. L'ultima conferenza che si è tenuta a Malaga lo scorso Agosto ha visto infatti oltre 2250 partecipanti, provenienti da 81 Stati e 5 continenti. Nell'ambito di queste conferenze può essere appreso quanto di più aggiornato vi sia nel campo della pedagogia dell'educazione medica e delle professioni sanitarie; possono essere inoltre condivise risorse ed esperienze, in un contesto internazionale amichevole e di elevato livello. AMEE 2010 si terrà a Glasgow dal 4 all'8 Settembre 2010 (Fig. 3).

Nell'assemblea dei soci che si è tenuta a Malaga, nel corso dell'ultima Conferenza AMEE, i colleghi presenti della Sapienza hanno proposto la candidatura per ospitare la Conferenza a Roma, nel 2013; si sta ora lavorando per pro-

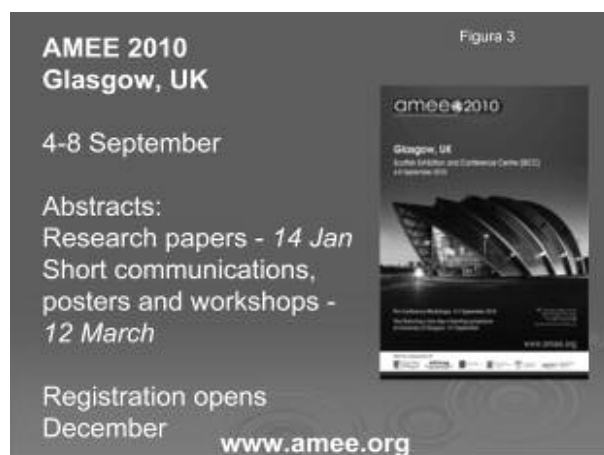


Figure 3

AMEE 2010
Glasgow, UK

4-8 September

Abstracts:
Research papers - 14 Jan
Short communications,
posters and workshops -
12 March

Registration opens
December

www.amee.org

amee 2010
Glasgow, UK
Academy of Medicine and Conference Centre (AMCC)
14-16 September 2010

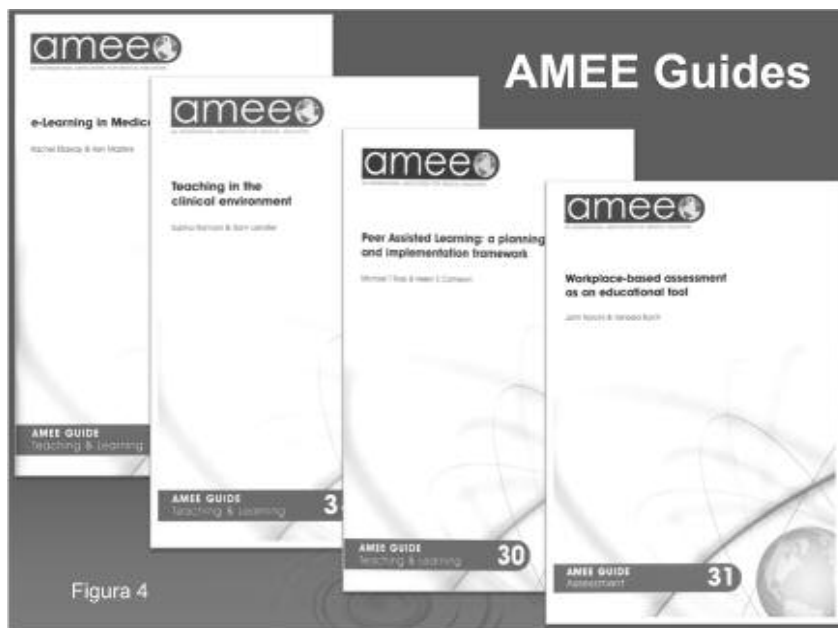


Figura 4

porre all'Associazione internazionale un piano di ospitalità.

Molto interessanti appaiono inoltre le "AMEE Guides", guide basate sui criteri della "Best Evidence Medical Education", che rappresentano dei veri e propri "how-to-do-it" pratici su argomenti specifici relativi all'educazione medica e delle professioni sanitarie. Tali guide sono facilmente reperibili sul sito dell'AMEE (Fig. 4).

MedEdWorld – A Global on-line Medical Education Community (www.mededworld.org)

MedEdWorld (www.mededworld.org) è un network internazionale, organizzato e attivato recentemente sotto l'egida dell'AMEE, attraverso cui le Facoltà di Medicina e Chirurgia, i Docenti e gli Studenti di tutto il mondo, possono accedere direttamente ad idee ed esperienze innovative nel campo dell'educazione medica (Fig. 5).

Il Network consente inoltre a Docenti e Studenti di collaborare direttamente allo sviluppo delle buone pratiche dell'insegnamento/apprendimento della medicina attraverso l'accesso alla letteratura specifica, alle esperienze internazionali di "good practice", potendo avere a disposizione un sistema *on-line* di insegnamento/apprendimento internazionale di importante livello ed altamente qualificato.

MedEdWorld consente di avere non solo informazioni, ma soprattutto ampia collaborazione su numerose tematiche concernenti gli sviluppi internazionali nel campo della pedagogia medica. E' quindi possibile avere notizia e partecipare direttamente a Conferenze e Meetings internazionali sul tema della pedagogia (possibilità di *synchronous web streaming* per le Conferenze di maggio-

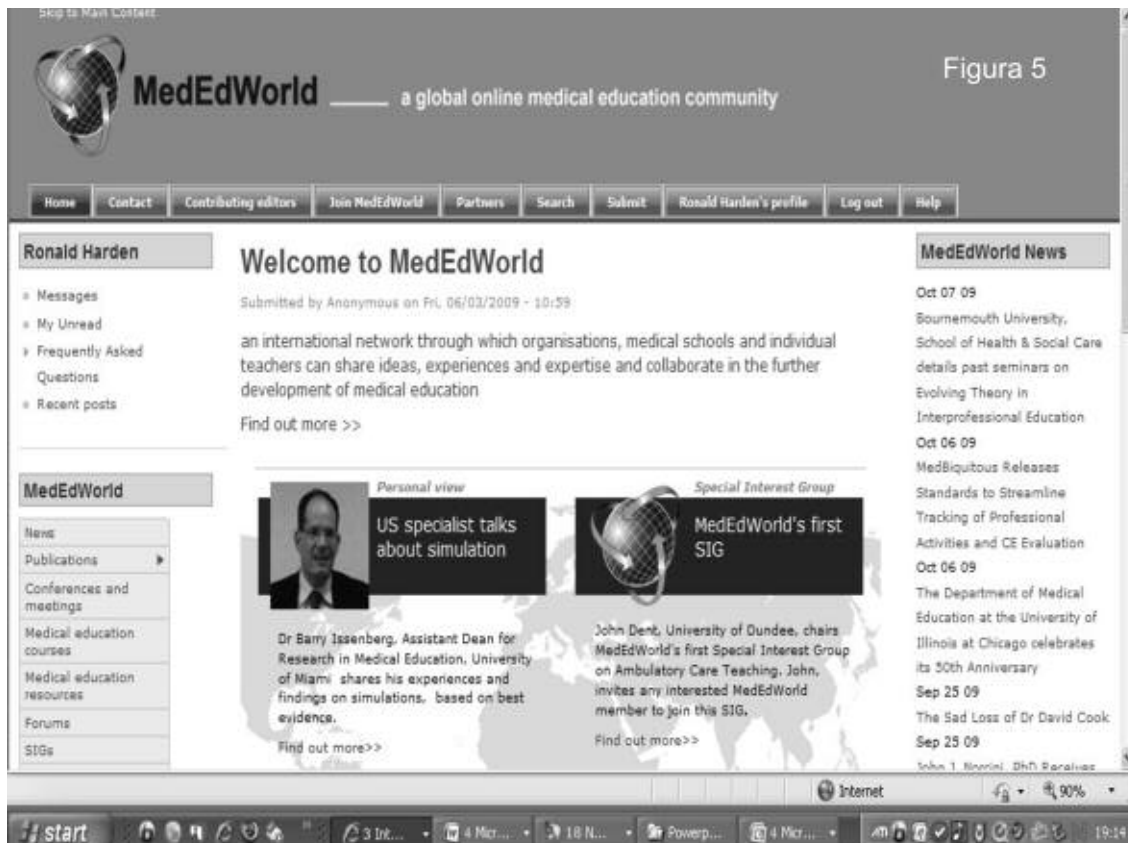
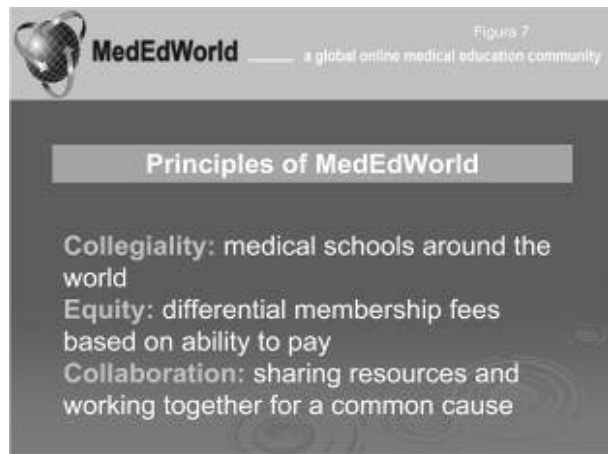


Figura 5



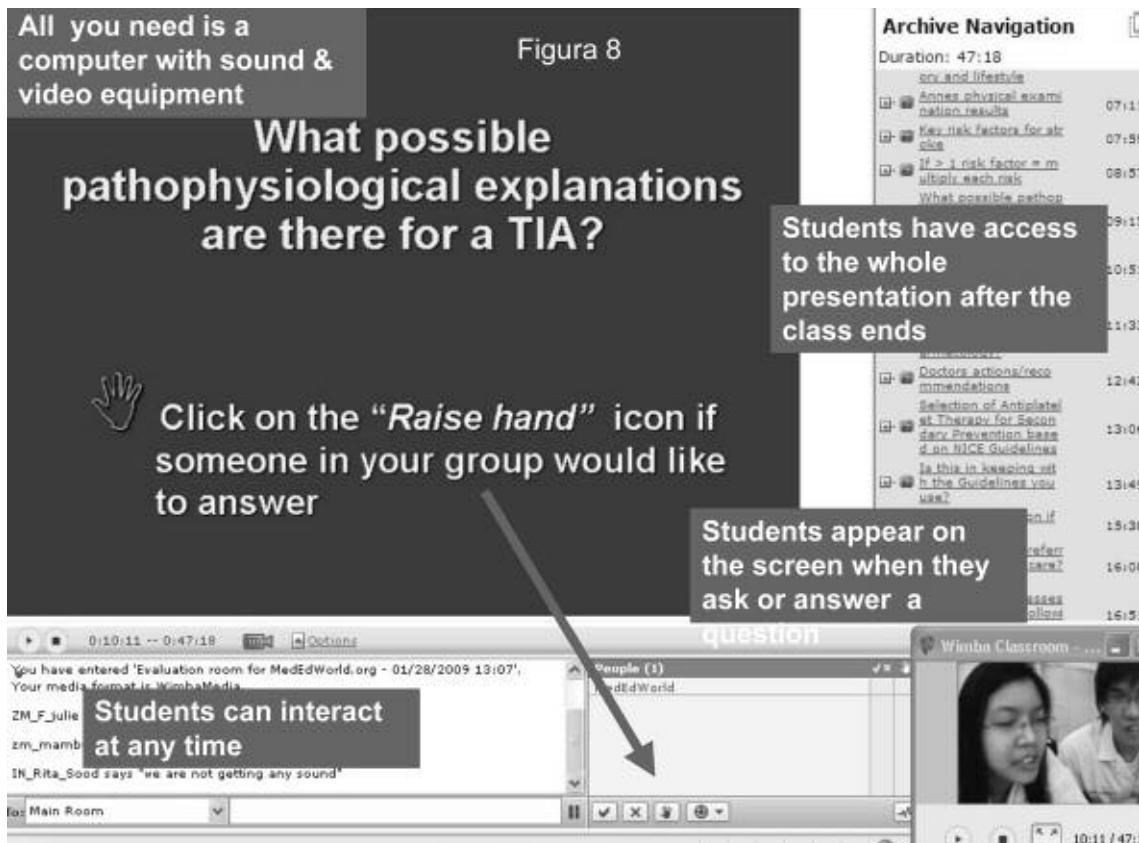
re rilievo), avere accesso diretto ad articoli scientifici e libri tematici internazionali, partecipare e contribuire alla produzione di corsi interattivi *on-line* e *face-to-face*, forum e gruppi di studio su tematiche specifiche. Vi è ancora la possibilità di essere aggiornati sulle nuove tecnologie applicative, gli *skill labs*, e conoscere le opportunità di lavoro internazionale (Fig. 6).

I principi generali che regolano le attività gestite da MedEdWorld si riconducono essenzialmente a quello della Collegialità, in relazione alla possibilità di partecipazione offerta a tutte le Facoltà di Medicina del mondo che desiderano unirsi al progetto, a quello della Equità, in relazione alla possibilità di partecipare con impegni economici differenziati sulla base delle possibilità dei singo-

li Docenti o Studenti o delle Istituzioni, ed a quello della Collaborazione, con lo scopo di condividere risorse e cooperazione per una causa comune (Fig. 7).

La "membership" a MedEdWorld è gratuita sino a Gennaio 2010.

A titolo di esempio, il primo "collaborative learning trial" internazionale ha avuto luogo nel mese di Gennaio 2009, utilizzando la piattaforma WIMBA che prevede il possesso di un semplice computer dotato di videocamera. Esso ha avuto per argomento "TIA and stroke based on a patient management problem", e vi hanno partecipato gruppi di studenti di medicina insieme al loro docente tutor, collegati dall'Inghilterra, dagli Stati Uniti, dall'Olanda, dalla Turchia, dal Kuwait, dallo Zambia,



dall'India e dalla Thailandia. La valutazione degli studenti stessi che vi hanno partecipato si è rivelata più che positiva, soprattutto per il tipo di esperienza che è stata giudicata molto utile per stimolare le capacità di ragionamento clinico, ma anche per la possibilità di poter fare commenti e collaborare on line in ambito internazionale (Fig. 8).

Informazioni utili su MedEdWorld possono essere ottenute non solo collegandosi con www.mededworld.com, ma anche contattando la dottoressa Sarah Burgess all'indirizzo di posta elettronica s.z.burgess@dundee.ac.uk.

Una breve considerazione conclusiva

Come già evidenziato in premessa, l'evoluzione delle scienze relative alla pedagogia medica ha raggiunto, oggi, un livello di complessità non immaginabile, solo nell'ultimo decennio. Cambiamenti profondi che riguardano, in particolare, non solo l'identificazione delle diverse tipologie di abilità del *core curriculum* (*curriculum planning*), ma anche la certificazione del loro effettivo raggiungimento (*learning outcomes*), le nuove strategie di apprendimento/insegnamento (*approaches to teaching and learning*), i metodi di verifica dell'apprendimento (*assessment tools*) e di tutto quello che riguarda, in senso lato, le metodologie ed il management della formazione nell'ambito dei numerosi corsi di studio gestiti dalle Facoltà di Medicina e Chirurgia.

La dimensione di questo sviluppo non può che essere inquadrata in un contesto internazionale; si pensi, ad esempio, ai "global standards" della WFME (WFME 2003; Karle, 2007), ma soprattutto a quanto stabilito dalla Comunità Europea nel "Bologna Declaration" (1999) o nell' "European qualification framework-Dublin" (2004). Indubbiamente questa evoluzione riveste una notevole importanza per quelli che possono essere definiti gli "stakeholders" della formazione in medicina.

Dent e Harden (2009) indicano sei "topics" importanti nell'innovazione della didattica nell'immediato futuro:

- *the globalisation of the healthcare delivery and international dimensions of medical education;*
- *a reconceptualisation of the role of the doctor and a recognition of the importance of learning outcomes in defining the curriculum for training an appropri-*

ate workforce;

- *the changing context in which clinical experience is gained;*
- *the continuing developments of new learning technologies and their influence on teaching and learning;*
- *an evolving conceptualisation of assessment and its role in the curriculum;*
- *the recognition of professionalism and scholarship in medical education.*

È interessante notare come l'internazionalizzazione occupi il primo posto di una lista caratterizzata da importanti priorità. Non vi è dubbio che il rinnovamento pedagogico messo in atto dalle Facoltà di Medicina e Chirurgia italiane, in quest'ultimo decennio, sia stato di grande valore, soprattutto attraverso le iniziative condotte dalle Conferenze Permanenti dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia e dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e dalla Società Italiana di Pedagogia Medica (Danieli, 2000; Lenzi, 2006, 2009; Frati, 2008; Gallo, 2009; Snelgrove *et Al.*, 2009); in questo ambito è di grande importanza raggiungere l'obiettivo di una dimensione internazionale che coinvolga maggiormente e più direttamente gli studenti iscritti alle nostre Facoltà e in questa direzione un contributo molto interessante può derivare sia da AMEE che da MedEdWorld.

Bibliografia

1. Danieli G. A Manifesto for medical education in Italy. *MEDIC*, 8; 200-203, 2000.
2. Dent JH, Harden RM. A Practical Guide for Medical Teachers. Churchill Livingstone – Elsevier, 2009.
3. European Union, Bologna Declaration, 1999.
4. European Union European qualification framework. Dublin, 2004.
5. Frati L. Formazione nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia: le diverse professionalità. *Med Chir*, 43: 1837-1840, 2008.
6. Gallo P. L'insegnamento nei corso di laurea in medicina e odontoiatria. Centro Scientifico Editore, 2009 (in corso di stampa).
7. Karle H. European specifications for global standards in medical education. *Med Educ*, 41(10), 924-5, 2007.
8. Lenzi A. Manifesto di intenti. *Med Chir*, 2009 (in corso di stampa).
9. Lenzi A. Manifesto di intenti. *Med Chir*, 31: 1236-1241, 2006.
10. Snelgrove H, Familiari G, Gallo P, Gaudio G, Lenzi A, Ziparo V, Frati L. The Challenge of reform: 10 years of curricula change in Italian Medical Schools. *Medical Teacher*, 2009 (in corso di stampa).
11. World Federation of Medical Education, (2003) Basic medical education. WFME global standards for quality improvement.