



MEDICINA E CHIRURGIA

Journal of Italian Medical Education

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

Sommario

- 3745 EDITORIALE, *EDITORIAL*, Andrea Lenzi
- 3746 Obituary -Elogio di Luciano
Giovanni Danieli
- 3747 OPINIONI ISTITUZIONALI - *ISTITUTIONS: POINTS OF VIEW*
Dal "nuovo esame di stato" alla "laurea abilitante"
From a "state examination" to the so-called "qualifying degree"
Bruno Moncharmont e Al.
- 3752 La modifica dell'ordinamento didattico della classe di laurea magistrale LM/41: non solo
adempimenti burocratici, ma anche innovazione
*Modifying the educational plan of LM-41 medical degree class: not only bureaucratic
requirements, but also innovation.*
Giuseppe Familiari et Al.
- 3759 I LAVORI DELLE CONFERENZE - *FROM STANDING CONFERENCES*
Didattica a distanza (DaD): distanziamoci dai luoghi comuni
At distance learning: let's get away from commonplace
Fabrizio Consorti
- 3765 Linee di indirizzo per la ripresa delle attività formative professionalizzanti per i corsi di
laurea e di laurea magistrale delle professioni sanitarie in tempi di COVID-19
*re-designing clinical learning rotations in health care professions bachelors and master
degrees at the time of COVID-19: national guidelines*
Commissioni Nazionali Corsi di Studio Laurea Triennale e delle Commissioni Nazionali
Lauree Magistrali

Potrei dire che il titolo di questo numero, dopo 10 mesi di interruzione, è senz'altro **"COVID-19 non hai fermato l'Università"**.

Avremmo dovuto essere a Padova il 17 e 18 aprile ma non ci siamo andati, siamo stati a "PADOVA CON IL CUORE" in teleconferenza il 18 aprile ed eravamo TUTTI. Tutti Noi impegnati come operatori della salute a contrastare, con ogni nostro mezzo, questa terribile pandemia. Tutti noi impegnati con ogni mezzo a garantire la formazione dei nostri studenti anche se chiusi nei nostri laboratori, studi, case, reparti e dovunque ...

Avremmo dovuto vederci a Roma il 6 luglio e ancora una volta c'eravamo tutti in teleconferenza a raccontare tutto quanto successo. A piangere i Colleghi che hanno perso la loro vita per contrastare questa malattia, a piangere Maestri che se ne sono andati nel silenzio assordante di questo periodo.

La Conferenza si è riunita altre volte, ogni volta che c'è stato bisogno di prendere decisioni comuni. Tutti noi abbiamo, come non mai sentito, la forza di un gruppo. Siamo stati vicini da lontano ogni giorno facendoci da spalla, condividendo ogni risorsa o idea.

Abbiamo avuto un Ministero che ci ha seguito in ogni nostra criticità così come la CRUI, la Conferenza Presidi, l'Intercollegio. Tante persone unite a contrastare una emergenza mai pensata.

In questo numero pieno di bellissimi articoli c'è tanta storia di questo lungo periodo.

Giovanni Danieli racconta, a chi non l'avesse conosciuto, il Prof. Luciano Vettore, un membro storico della Conferenza, un maestro della pedagogia medica.

Troverete come in questo periodo siamo stati comunque in grado di arrivare alla laurea abilitante insieme al MUR e alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

E come, nello stesso modo, siamo riusciti in tutta Italia a modificare l'ordinamento della LM/41 importando non solo le modifiche legate alla nuova laurea abilitante ma anche, come sempre, tanta innovazione, nuovi obiettivi, nuove UDE e nuovi percorsi.

In questo numero, che è comunque il quaderno delle CONFERENZE, ospitiamo un importante documento delle Commissioni Nazionali dei Corsi di Studio Laurea Triennale e delle Commissioni Nazionali delle Lauree Magistrali che riporta le linee



di indirizzo per la ripresa delle attività formative professionalizzanti in tempi di COVID-19. E anche la preziosa esperienza di un corso e-learning per il contrasto dell'emergenza sanitaria da nuovo coronavirus per la formazione degli studenti italiani delle professioni sanitarie.

Fabrizio Consorti racconta di come abbiamo usato e quanto bene la Didattica a Distanza. Il gruppo dell'Università di Ferrara racconta come ha portato avanti il progetto dei tirocini a distanza per le cure palliative e la terapia del dolore.

Tanti altri bellissimi articoli impreziosiscono questo numero.

Sicuramente, non con poco orgoglio, segnalo l'articolo **"Medicina alla prova" con il quale l'ANVUR ha validato il nostro ultimo progress-training test**.

Vi aspetto a Roma il 24 ottobre per mandarvi un bacio a distanza COVID oppure solo a distanza.

#LACONFERENZANONSIFERMA

Andrea Lenzi

Editor-in-Chief of JIME

(Journal of Italian Medical Education)

Elogio di Luciano

Luciano fu Presidente della Conferenza dal 1995 al 1997 ma ne era stato assiduo frequentatore sin dalla sua fondazione, giusto a metà degli anni 80, quando Ludovico Scuro era il presidente della sede di Verona e Luciano l'uomo della didattica nella stessa.

Faceva parte di una "parrocchia veneta" che, lungo l'asse Padova-Verona, univa Luciano a Paolo Benciolini, Cesare Scandellari, Giovanni Federspil, Giuseppe Realdi, con un prolungamento a Roma Campus da Paola Binetti, riconosciuti punti di riferimento per etica, pedagogia e metodologia medica nel nostro Paese.

In Conferenza ebbe spazio e tempo, prima e dopo il biennio di presidenza, per sviluppare tutto il suo temperamento e dimostrare la propria competenza specifica; possedeva la virtù dell'umiltà, la fede nella conoscenza, la visione del futuro; era il profeta dell'apprendimento e non dell'insegnamento ed aveva posto lo Studente al centro degli interessi del Docente; preparava ogni suo intervento con estrema responsabilità e meticolosità, i suoi scritti, che non erano mai improvvisazioni ma l'esito di un faticoso lavoro, divenivano libri di testo per noi presidenti e per i nostri docenti.

Erano quelli d'altra parte, anni di intenso fervore formativo. Nascemmo come Conferenza dei Presidenti nell'85 ed un anno dopo veniva promulgata la legge che rinnovava completamente il corso di studio ancora legato alla Riforma Gentile del '33; a quella prima riforma ne fecero seguito altre due, l'ultima del 1966, proprio l'anno in cui Luciano era presidente. Ne derivò per lui e per noi il compito di applicare al corso di laurea la nuova versione della storica Tabella XVIII, una tavola sinottica che ordinava gli insegnamenti del corso di studi e ne sanciva la successione temporale. Cambiavano l'accesso, rigorosamente a numero chiuso, si istituivano i crediti formativi, i cicli di lezione e le ses-

sioni d'esame divenivano due per anno, nascevano i corsi integrati e l'attività didattica (poi formativa) professionalizzante, si riservava agli studenti, con l'istituzione delle attività elettive, la possibilità di personalizzare il proprio piano di studi, si disegnava il cammino da percorrere (core curriculum) e tanto altro.

Eravamo giovani, determinati e sicuri di cambiare il mondo.

In tutto questo fervore di idee e di realizzazioni, Luciano non conosceva pause e non si concedeva riposo; lanciava il cuore oltre l'ostacolo, guardava al futuro e ripeteva a me, segretario della Conferenza, "seminiamo, seminiamo, qualcosa resterà".

E molto è restato. A cominciare dalla Guida all'applicazione del nuovo ordinamento didattico, un manuale pratico, scritto da Luciano nel 1996 fondamentalmente a quattro mani con Guido Coggi (che sarebbe stato il suo successore alla presidenza), un manuale nel quale si fornivano ai Docenti di Medicina le chiavi per entrare nello spirito della Riforma e per applicarne razionalmente i contenuti. Per continuare con il Core curriculum che, dopo un modello sperimentale di Cesare Scandellari del 1989, si presentava come la guida sicura che la Conferenza metteva a disposizione degli Studenti per condurli all'acquisizione dei saperi irrinunciabili. Infine il disegno strutturato per la realizzazione di un proficuo programma di apprendimento pratico al letto del malato, tuttora in vigore anche se ovviamente ripetutamente aggiornato.

Così Luciano ha lasciato il segno nella formazione universitaria del medico e nei nostri cuori.

Il ricordo indelebile di un Amico caro, leale, prezioso, con il quale abbiamo felicemente condiviso momenti di impegno accademico e di affettuosa amicizia.

Giovanni Danieli



Dal “nuovo esame di stato” alla “laurea abilitante”

From a “state examination” to the so-called “qualifying degree”

A cura di Bruno Moncharmont^a Giuseppe Familiari^b, Linda Vignozzi^c, Carlo Della Rocca^b, Andrea Lenzi^b e Stefania Basili^b

^aUniversità degli studi del Molise; ^bUniversità degli studi di Roma “La Sapienza”; ^cUniversità degli studi di Firenze

Riassunto

Nell'articolo è riportato e commentato l'iter normativo che ha portato il conseguimento dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo da un esame di Stato, da sostenere a distanza di tempo dopo il conseguimento della laurea, alla abilitazione contestuale al conseguimento del titolo accademico, la cosiddetta “laurea abilitante”.

Parole chiave: “laurea abilitante”, TPVES, esame di stato.

Abstract

The article reports and comments the regulatory road map that transformed the national board license test from a state examination, to be taken months after graduation, to the contextual achievement of the license and the academic title, the so-called “qualifying degree”.

Keywords: *Qualifying degree, TPVES, board licence examination*

Introduzione

Con il decreto “Cura Italia” (decreto-legge 17 marzo 2020, no. 18), pubblicato sulla Gazzetta ufficiale il 17 marzo 2020, è caduta l'ultima limitazione che separava il laureato dei nostri corsi di studi dall'esercizio della professione medica: “Il conseguimento della laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia – Classe LM/41 abilita all'esercizio della professione di medico-chirurgo”. Questo è stato l'atto conclusivo di una lunga serie di eventi, resa possibile dalla costruttiva sinergia tra il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca (MIUR), la Conferenza permanente dei Presidenti di Corso di laurea magistrale in Medicina e chirurgia (CPPCLMM&C) e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici e degli odontoiatri (FNOMCeO), che hanno eliminato alcuni tempi morti nell'iter che porta il laureato in medicina all'esercizio della professione medica.

Come si è arrivati alla laurea abilitante

La modifica dell'esame di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo prevista dal DM del 19 ottobre 2001, no. 445 aggiornava ed in parte semplificava la precedente normativa (DM 9 settembre 1957, successivamente integrato e modificato dal DM 26 ottobre 1996 n. 654), adattandola anche alla normativa della autonomia universitaria ed al nuovo ordinamento del corso di studi. La riforma del 2001,

comunque, manteneva l'impianto esistente: l'esame di Stato consisteva in un tirocinio pratico e in una prova di esame, da svolgersi entrambe dopo il conseguimento del titolo accademico; la prova scritta veniva svolta due volte l'anno. Il decreto prevedeva comunque una serie di modifiche importanti:

- il tirocinio pratico veniva ridotto a tre mesi dai sei previsti precedentemente;
- il tirocinio pratico acquisiva la valenza di una “una prova pratica a carattere continuativo” con una “valutazione di ciascuno dei tre periodi sotto la diretta responsabilità e a cura del docente universitario, o del dirigente medico, responsabile della struttura frequentata dal candidato, e del medico di medicina generale”;
- il tirocinio pratico non sarebbe stato svolto unicamente “presso le cliniche universitarie o presso i presidi del servizio sanitario nazionale o equiparati”, ma anche “presso l'ambulatorio di un medico di medicina generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale”;
- la prova di esame, che poteva in passato essere svolta con modalità definite dalla commissione, viene strutturata in due parti consistenti nella soluzione di novanta quesiti a risposta multipla prelevati da un banca dati nazionale predisposta da una apposita commissione, diretti a valutare:
 - o “le conoscenze di base nella prospettiva della loro successiva applicazione professionale, con particolare riguardo ai meccanismi fisiopatologici e alle conoscenze riguardanti la clinica, la prevenzione e la terapia;
 - o le capacità del candidato nell'applicare le conoscenze biomediche e cliniche alla pratica medica e nel risolvere questioni di deontologia professionale e di etica medica.”
- il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca assicurava la pubblicità della banca dati dei quesiti almeno sessanta giorni prima della data fissata per la prova scritta;
- veniva semplificata la composizione della commissione, affidandone la nomina al Rettore dell'Ateneo, fermo restando che era sancita la partecipazione di un rappresentante dell'Ordine professionale, come previsto dall'art. 1 del Decreto legislativo del capo

provvisorio dello stato del 13 settembre 1946, no. 233, modificato dalla Legge 11 gennaio 2018, no. 3.

La procedura prevista da questo decreto aveva due importanti punti deboli. Lo svolgimento dell'esame di abilitazione dopo il conseguimento del titolo di studio in due sessioni annuali, una nel periodo aprile-giugno (con prova scritta a luglio) e l'altra nel periodo novembre-gennaio (con prova scritta a febbraio), comportava significativi tempi morti per i neolaureati, in quanto gli studenti che conseguivano la laurea nella prima sessione utile, cioè nel mese di luglio al termine del sesto anno di corso, non riuscivano ad entrare nel mondo della professione prima del mese di marzo dell'anno successivo; i laureati delle sessioni autunnale straordinaria avevano comunque un periodo di almeno quattro mesi tra la laurea e prova di esame. Inoltre, dal momento che l'accesso alle scuole di specialità è subordinato al conseguimento dell'abilitazione professionale, anche l'ingresso in questo percorso formativo veniva ritardato, in quanto l'inizio dei corsi è generalmente nei mesi autunnali.

Altro punto debole era la pubblicità della banca dati dei quesiti utilizzati per la prova scritta, che veniva interpretato dai candidati come una opportunità per imparare a memoria le risposte, facendo perdere in questo modo alla prova la valenza di verifica di conoscenze e competenze professionali.

La CPPCLMM&C aveva ipotizzato che al fine di ridurre il tempo di latenza tra il conseguimento del titolo accademico e l'entrata nel mondo della professione per il neolaureato, era possibile abbinare gli obiettivi formativi del tirocinio valutativo per l'abilitazione professionale alle attività formative delle attività formative professionalizzanti specifiche della classe di laurea¹. Durante la 118ma riunione della conferenza, che si tenne a Ferrara il 12-13 giugno 2015, fu formulata una mozione inviata ai Presidenti dell'ANVUR e del CUN ed al Capo Dipartimento per la formazione superiore e per la ricerca del MIUR, in cui la conferenza chiedeva "l'immediata introduzione della Laurea Abilitante rendendosi disponibile, in accordo con gli altri organi competenti, a disegnarne il regolamento didattico".

Al termine di una lunga gestazione, il 1 giugno 2018 fu pubblicato in Gazzetta ufficiale il DM 9 maggio 2018, no. 58 del MIUR firmato dal Ministro Fedeli ("Regolamento recante gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo."), da lungo

1 Gallo P., Casoli R., Consorti F., et al., *Verso una Laurea professionalizzante. 1° Acquisizione delle competenze professionali, Medicina e Chirurgia*, 62: 2797-2804, 2014. DOI: 10.4487/medchir2014-62-4

tempo atteso dagli studenti dei corsi di laurea magistrale in Medicina chirurgica. Questo decreto, pur non introducendo la "laurea abilitante", avrebbe eliminato (quando a regime) alcuni tempi morti nell'iter che porta il laureato in medicina all'esercizio della professione medica.

Le tre importanti novità introdotte dal DM 58/18 erano:

- l'aumento del numero di sessioni di esame di stato da due a tre all'anno, prevedendo sedute nei mesi di marzo, luglio e novembre, al termine delle tre sessioni annuali di esame di laurea;
- lo svolgimento del tirocinio pratico valutativo all'interno del percorso formativo prima del conseguimento del titolo di studio, conferendo doppia valenza (formativa e valutativa) ad una parte dei tirocini previsti dagli ordinamenti didattici;
- la modifica della seconda parte dell'esame di abilitazione².

Restava invece invariata la modalità di nomina e la composizione della commissione.

Mentre la combinazione delle prime due innovazioni avrebbe evitato ai neolaureati inutili tempi morti prima dell'accesso alla prova abilitante, la terza aveva creato non poca preoccupazione nella popolazione studentesca, in quanto non prevedeva la pubblicazione del database dei quesiti da cui sarebbero stati estratti quelli oggetto della prova. Su questo aspetto la CPPCLMM&C aveva ritenuto prioritario intervenire trasformando il progress test, che veniva da 12 anni proposto a tutta la popolazione nazionale degli studenti di Medicina come strumento di valutazione della progressiva acquisizione e del mantenimento delle conoscenze adattandolo, nella edizione 2018, alle caratteristiche della prova di abilitazione, per renderlo in tal modo un test di prova (training test) per l'abilitazione.

La applicazione del DM 58/18 trovò qualche difficoltà tra studenti e docenti dei corsi di laurea in Medicina e chirurgia nelle varie sedi, in parte dovute ad una imperfetta definizione delle tempistiche di applicazione previste dal decreto, che furono successivamente chiarite e

2 "..... consiste nella soluzione di 200 quesiti a risposta multipla, di cui una sola corretta, articolati in 50 formulati su argomenti riguardanti le conoscenze di base nella prospettiva della loro successiva applicazione professionale, con particolare riguardo ai meccanismi fisiopatologici e alle conoscenze riguardanti la clinica, la prevenzione e la terapia; in 150 formulati su argomenti riguardanti le capacità del candidato nell'applicare le conoscenze biomediche e cliniche alla pratica medica e nel risolvere questioni di deontologia professionale e di etica medica."

perfezionate da successivi atti ministeriali³. L'esame di abilitazione con le nuove modalità sarebbe andato definitivamente ed interamente a regime nel luglio 2021, con la possibilità di coesistenza delle due modalità di tirocinio, pre- e post-lauream, tra luglio 2019 e luglio 2021.

Una importante e vivace sinergia sviluppata successivamente all'emanazione del decreto tra la CPPCLMM&C e FNOMCeO ha consentito di trovare una definizione condivisa degli obiettivi formativi del tirocinio pratico valutativo valido per l'esame di stato (TPVES), del modello di libretto di tirocinio nonché della convenzione tipo tra Ateneo ed Ordine dei medici della provincia di riferimento per la identificazione e selezione dei medici di medicina generale a cui attribuire la funzione di tutor.

La emergenza COVID-19 iniziata nel mese di febbraio 2020 ha reso impossibile lo svolgimento nella data prevista della prova pratica della seconda sessione 2019 degli esami di abilitazione (prevista per il giorno 7 marzo 2020), nonché il regolare svolgimento del TPVES per gli studenti del sesto anno della coorte 2014/15, che nella sessione estiva dell'anno accademico 2019/20 (luglio 2020) avrebbero potuto laurearsi e sostenere la prova di abilitazione nei giorni immediatamente successivi al conseguimento del titolo accademico. A questa situazione il Ministero ha risposto con un'azione decisa dell'attuale ministro Manfredi che, ritenendo ormai maturi i tempi per passare ad una laurea veramente abilitante, ha predisposto la inserzione nel Decreto-Legge 17 marzo 2020, no. 18 (“Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 in un decreto legislativo”, cosiddetto “curaitalia”) di un articolo (art. 102- Abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo e ulteriori misure urgenti in materia di professioni sanitarie) che ha trasformato la laurea magistrale in Medicina e chirurgia (classe LM-41) in laurea realmente “abilitante”: “Il conseguimento della laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia – Classe LM/41 abilita all'esercizio della professione di medico-chirurgo, previa acquisizione del giudizio di idoneità di cui all'articolo 3 del decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 9 maggio 2018, n. 58”.

Con questo provvedimento l'abilitazione all'esercizio della professione non sarà più conseguita in un esa-

me successivo al conseguimento del diploma di laurea e formato da due parti (Tirocinio valutativo e prova con quesiti a scelta multipla), come previsto dai DM 445/01 e 58/18, ma sarà contestuale al conseguimento del titolo di studio, provvisto che nel tirocinio a doppia valenza il candidato abbia acquisito un giudizio positivo di idoneità da parte dei Tutor (vedi più avanti). In mancanza quindi della commissione prevista dalla normativa precedente (abrogata da questo articolo del decreto-legge) il valore abilitante dell'esame finale del corso di studi viene assicurato dalla presenza di un rappresentante della FNOMCeO che partecipa alla prova finale, nel rispetto di quanto disposto all'art. 1, comma 3, lett. f) del Decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, come modificato dall'art. 4, comma 1, della legge 11 gennaio 2018, n.3, che dispone: “Gli Ordini e le relative Federazioni nazionali : [...] f) partecipano [...] all'esame di abilitazione all'esercizio professionale”. Una nota ministeriale a firma del Direttore generale per la formazione universitaria, l'inclusione e il diritto allo studio ricorda che la partecipazione del rappresentante dell'Ordine è finalizzata a “verificare, anche ai fini della successiva iscrizione all'Albo professionale, il regolare svolgimento dell'esame finale abilitante, a cui peraltro il laureando accede al termine di un percorso di studi all'interno del quale ha anche conseguito apposito giudizio di idoneità al tirocinio pratico valutativo di cui al D.M. n. 58/2018”. Il diploma di laurea così conseguito avrà pertanto contestualmente la valenza di titolo accademico e di titolo abilitante.

Un comma successivo dell'articolo 102 (comma 2) prevede possibilità di svolgimento e valutazione del tirocinio post-lauream (ex art. 2 del DM 445/01) per laureati che non hanno svolto il TPVES all'interno del percorso di studi (ad es. i laureati della classe 46/S o i laureati all'estero). In tal caso sulla base dell'esame finale del corso di laurea l'Ateneo rilascerà un titolo solo accademico e la successiva certificazione del tirocinio servirà per il rilascio del titolo di abilitazione all'esercizio della professione.

L'applicazione di quanto previsto dall'articolo 102 del DL 18/20 ha reso necessario l'adeguamento dell'ordinamento della classe di laurea (previsto dal successivo DM 2 aprile 2020, no. 8) e, con decreti rettorali, dei Regolamenti didattici di tutti i Corso di studi LM-41 nazionali per introdurvi la valenza “abilitante” del titolo di studio della classe e gli obiettivi formativi e le modalità di svolgimento del tirocinio pratico valutativo. È previsto che tali adeguamenti dei regolamenti didattici abbiano efficacia per tutte le coorti attive.

³ DL 30 aprile 2019, n. 35 “Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria”, art. 12, comma 1

Il tirocinio valutativo

Già in quanto previsto dal DM/18, ma ancor di più per quanto disposto dall'articolo 102 del DL 18/20, il tirocinio pratico valutativo (TPVES) assume un ruolo fondamentale per l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico-chirurgo.

Tutte le riforme dell'ordinamento del percorso di studi finalizzato alla laurea in Medicina e chirurgia succedutesi a partire dagli anni '80 (le cosiddette tabelle XVIIIbis e XVIIIter, il DM 509/99 ed il vigente DM 270/04) hanno progressivamente sempre più valorizzato il tirocinio pratico, da svolgersi nelle strutture ospedaliere di riferimento o in affiancamento al medico di medicina generale. L'attuale normativa vigente fissa in 60 CFU (cioè un sesto del totale l'impegno formativo dello studente in Medicina) il limite minimo di crediti da dedicare a tale tipo di attività formativa pratica e professionalizzante. Le programmazioni didattiche, in ciascuna sede, ripartiscono autonomamente le ore di tirocinio tra frequenza di reparti, di laboratori o di ambulatori medici. La CPPCLMM&C si è preoccupata in questi anni di dotarsi di strumenti di valutazione delle competenze⁴. La applicazione del disposto del DM 58/18 vedrà lo studente, che abbia superato con esito positivo tutti gli esami del quarto anno, impegnato negli ultimi due anni di corso in un'attività di tirocinio, che sarà allo stesso tempo di tipo formativo e valutativo per un totale di 300 ore (15 dei 60 CFU), articolato in tre periodi: uno in area medica, uno in area chirurgica ed un altro da svolgersi nell'ambito della medicina generale. Questo tirocinio valutativo "volto ad accertare le capacità dello studente relative al «saper fare e al saper essere medico», che consiste nell'applicare le conoscenze biomediche e cliniche alla pratica medica, nel risolvere questioni di deontologia professionale e di etica medica, nel dimostrare attitudine a risolvere problemi clinici afferenti alle aree della medicina e della chirurgia e delle relative specialità, della diagnostica di laboratorio e strumentale e della sanità pubblica"⁵. Il TPVES potrà essere svolto dallo studente al quinto e/o sesto anno di corso (secondo quanto previsto dal piano degli studi) tranne la rotazione presso l'ambulatorio del Medico di medicina generale, che

⁴ Consorti F., Della Rocca C., Familiari G., Gallo P., Riggio O., Sperandeo F., Valanzano R., *Verso una Laurea professionalizzante. Certificazione delle Competenze professionali, Medicina e Chirurgia*, 65: 2931-2941, 2015. DOI: 10.4487/medchir2015-65-3

⁵ DM 9 maggio 2018, n. 58 "Regolamento recante gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo", art. 3, comma 1.

dovrà essere svolto obbligatoriamente al sesto anno di corso. La tracciabilità delle attività di tirocinio valutativo è affidata ad un libretto-diario; la valutazione (idoneo/non idoneo) sarà a cura del tutor a cui è stato affidato: "... del docente universitario o del dirigente medico, responsabile della struttura frequentata dal tirocinante, e del medico di Medicina Generale"⁶.

Per laureati che non hanno svolto il TPVES all'interno del percorso di studi (previsto dal comma 2 dell'articolo 102 citato sopra) sarà prevista la possibilità di svolgimento e valutazione del tirocinio post-lauream (ex art. 2 del DM 445/01). Questo sarà un tirocinio clinico che sarà svolto dopo il conseguimento di una laurea in Medicina e chirurgia con sola valenza accademica ed avrà le stesse caratteristiche di quello previsto dall'art. 3 del DM 58/18, sia come modalità che come obiettivi formativi. In questo caso, però la valutazione da parte del tutor comporta l'attribuzione di un punteggio massimo di novanta punti, trenta per ogni periodo, con un minimo di 18/30 per ciascun periodo ed un punteggio complessivo di almeno sessanta punti ai fini del superamento e del successivo rilascio del titolo abilitante.

Il nuovo scenario

Dalla prima sessione di esami dell'anno accademico 2019/20 (giugno-luglio 2020) per gli studenti che hanno già svolto il TPVES pre-lauream, la laurea abilitante in Medicina e chirurgia (LM-41) è una realtà. Questo potrà consentire ai laureati di poter partecipare alla prova di selezione per l'ammissione alle scuole di specialità mediche prevista nel mese di luglio, laddove con le normative precedenti (ex DM 445/01) avrebbero dovuto attendere l'anno successivo.

Per andare a regime con il nuovo sistema della laurea abilitante il percorso non è scevro di difficoltà. In questo periodo di emergenza Covid-19 nella maggior parte delle sedi si sono incontrate difficoltà per lo svolgimento dei tirocini in presenza sia nei reparti ospedalieri che presso gli ambulatori dei medici di medicina generale. In risposta a questa criticità il ministero dell'Università ha emanato un decreto (DM 12 del 9 aprile 2020) che prevede, garantendo il rispetto degli obiettivi e delle finalità del tirocinio previsti dalle rispettive disposizioni di riferimento, norme transitorie limitate al periodo di emergenza per:

- modalità di espletamento delle attività di tirocinio clinico e del tirocinio pratico-valutativo anche con modalità a distanza;

⁶ DM 9 maggio 2018, n. 58 "Regolamento recante gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo", art. 3, comma 7.

- flessibilità nella suddivisione in aree (medica, chirurgica, medicina generale);
- possibilità di un rapporto tutor/tirocinante diverso dal rapporto 1:1 con riguardo alla parte di tirocinio da svolgersi nell'area di medicina generale;
- possibilità di svolgimento del tirocinio nell'area di medicina generale anche presso le strutture ospedaliere, pubbliche o equiparate, individuate a tale scopo dalla regione, nonché in centri di cure primarie quali day-hospital e ambulatori territoriali delle aziende sanitarie locali ⁷.

Le strutture didattiche dovranno adeguare i piani degli studi delle coorti attive, inserendo attività didattiche relative alle tre aree di tirocinio pratico valutativo al quinto e sesto (o solo al sesto) anno. Mentre questa operazione è relativamente semplice per quei corsi di studi che avevano le attività di tirocinio identificate nel per-

⁷ di cui alla lettera a dell'articolo 26, comma 2, del decreto legislativo 17 agosto 1999, no. 368

corso formativo come attività didattiche indipendenti, essa risulta più complessa per quelle sedi che avevano distribuito all'interno dei corsi integrati i CFU di attività professionalizzanti previsti dall'ordinamento.

È anche opportuno che i singoli corsi di studi si dotino di regolamenti interni o adattino quelli già esistenti, per calare nella realtà operativa del corso di studi quanto previsto dalla nuova normativa riguardo al TPVES e per regolamentare la partecipazione del rappresentante dell'Ordine dei medici ai lavori della commissione per l'esame finale.

Infine va ricordato che i decreti rettorali che hanno adeguato i regolamenti didattici, ed in particolare gli obiettivi formativi, del corso di studi LM-41 anche retroattivamente per le coorti già attive attualmente non sono ad oggi corrispondenti a quanto riportato nei documenti di evidenza pubblica (quadro A4.a della SUA-CdS) fino a quando non si provvederà ad un aggiornamento di questo cosiddetto "quadro RaD".



La modifica dell'ordinamento didattico della classe di laurea magistrale LM-41: non solo adempimenti burocratici, ma anche innovazione

Modifying the educational plan of LM-41 medical degree class: not only bureaucratic requirements, but also innovation

Giuseppe Familiari^a, Bruno Moncharmont^b, Linda Vignozzi^c, Carlo Della Rocca^a, Andrea Lenzi^a e Stefania Basili^a

^a *Università degli studi di Roma "La Sapienza"*; ^b *Università degli studi del Molise*; ^c *Università degli studi di Firenze*

Riassunto

In questo articolo vengono descritte le modifiche dell'ordinamento didattico rese necessarie dai Decreti Legge che hanno introdotto una modifica sostanziale dell'esame di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo. Oltre alla sintesi degli elementi legislativi, vengono brevemente descritti i compiti degli Atenei e quelli dei Corsi di Studio, ognuno per le proprie competenze. Attenzione deve essere data alle innovazioni metodologiche e pedagogiche che forniscano delle basi comuni di progettazione e di valutazione dei tirocini pratico-valutativi, che siano condivise con FNOMCeO.

PAROLE CHIAVE: ordinamento didattico; laurea in medicina; innovazione

Abstract

The article describes the changes to the MD curriculum consequent to government decrees that introduced a substantial modification of the qualifying examination for professional licensing. Changes that Universities have adopted for MD curriculum in response to each decree are briefly analyzed. Universities must pay attention to share with Italian medical board (FNOMCeO) the methodological and pedagogical innovations providing common bases for design and evaluation of practical-evaluative traineeships.

KEY WORDS: *medical curriculum, medical degree; innovation*

Premessa legislativa

Il D.L. no. 18 del 17 Marzo 2020, all'art. 102, comma 1 (convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27, in S.O. no. 16, relativo alla G.U. 29/04/2020, n. 110), modificava drasticamente l'esame di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo. In particolare, al comma 1, si legge: "Il conseguimento della laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia - classe LM-41 - abilita all'esercizio della professione di medico-chirurgo, previa acquisizione del giudizio di idoneità di cui all'articolo 3 del decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 9 maggio 2018, no. 58".

Veniva comunque lasciata, agli Studenti già iscritti la possibilità di concludere gli studi secondo l'ordinamento didattico previgente, con il conseguimento

del solo titolo accademico. Questo provvedimento prevede anche la possibilità di abilitarsi successivamente alla laurea, secondo quanto indicato al comma 2: "I laureati in Medicina e Chirurgia, il cui tirocinio non è svolto all'interno del Corso di studi, in applicazione dell'articolo 3 del decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca no. 58 del 2018, si abilitano all'esercizio della professione di medico-chirurgo con il conseguimento della valutazione del tirocinio, prescritta dall'articolo 2 del decreto del Ministro dell'istruzione dell'università e della ricerca 19 ottobre 2001, no. 445".

Successivamente, ancor prima della sua conversione in legge, il D.M no. 8 del 2 Aprile 2020, conformemente a quanto ivi previsto, decretava di adeguare gli obiettivi formativi della classe LM-41, integrando gli obiettivi formativi qualificanti la classe, di cui alle tabelle allegate al D.M. 16 Marzo 2007 (G.U. 6 Luglio 2007, no.155).

In particolare, alla tabella LM-41 erano aggiunti i due seguenti periodi. Nel primo era scritto: "ai sensi dell'art. 102, comma 1, del decreto-legge n. 18/2020, la prova finale dei corsi di laurea magistrale a ciclo unico afferente alla classe LM-41 in medicina e chirurgia ha valore di esame di Stato abilitante all'esercizio della professione di medico chirurgo previo superamento del tirocinio pratico-valutativo di seguito indicato come disciplinato dal decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 9 maggio 2018, no. 58. I laureati della classe devono raggiungere le competenze previste dallo specifico profilo professionale". Il secondo periodo era così formulato: "Specifico rilievo, come parte integrante e qualificante della formazione professionale, riveste l'attività formativa professionalizzante di tirocinio prodromico al conseguimento del titolo accademico abilitante. Nell'ambito dei 60 CFU da conseguire nell'intero percorso formativo, e destinati alla richiamata attività formativa professionalizzante, 15 CFU devono, infatti, essere destinati allo svolgimento del tirocinio trimestrale pratico-valutativo interno al corso di studio di cui all'art. 3 del decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 9 maggio 2018, no. 58 e successive modificazioni ed integrazioni, finalizzato al conseguimento dell'abilitazione professionale. Il suddetto tirocinio si svolge

per un numero di ore corrispondenti ad almeno 5 CFU per ciascuna mensilità e si articola nei seguenti periodi, anche non consecutivi: un mese in area chirurgica; un mese in area medica; un mese, da svolgersi, non prima del sesto anno di corso, nello specifico ambito della medicina generale. Ad ogni singolo CFU riservato al tirocinio pratico-valutativo, devono corrispondere almeno 20 ore di attività didattica di tipo professionalizzante e non oltre 5 ore di studio individuale”.

Nella lettera di trasmissione ai Rettori delle Università Italiane del sopraccitato D.M. (RU 0009758 del 14 Aprile 2020), in cui si sollecitava l'adeguamento dei rispettivi Regolamenti didattici di Ateneo emanando i necessari Decreti Rettorali ed inserendo a Sistema l'apposita documentazione tramite il link specificatamente predisposto in Banca Dati Offerta Formativa, il Direttore generale del MUR invitava al rispetto di quanto disposto all'art. 1, comma 3, lett. f) del Decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, come modificato dall'art. 4, comma 1, della legge 11 gennaio 2018, n. 3, nella parte in cui dispone che: “3. Gli Ordini e le relative Federazioni nazionali: [...] f) partecipano [...] all'esame di abilitazione all'esercizio professionale”. Questa disposizione sancisce, quindi, la partecipazione di un rappresentante dell'Ordine professionale di riferimento con il mandato di verificare, anche ai fini della successiva iscrizione all'Albo professionale, il regolare svolgimento dell'esame finale abilitante, a cui peraltro il laureando accede al termine di un percorso di studi all'interno del quale ha anche conseguito apposito giudizio di idoneità al tirocinio pratico valutativo di cui al D.M. no. 58/2018.

Molto recentemente, infine, il D.M. n.207 dell'8 Giugno 2020 ha stabilito che i tirocini post laurea “sono attivati dalle università su istanza degli interessati laureati in medicina e chirurgia delle Classi LM/41 non abilitante, LS/46 e degli ordinamenti ulteriormente previgenti, e sulla base dei tempi tecnici occorrenti all'ateneo”.

Gli interventi dell'Ateneo

In tempi brevi, tutti i Rettori delle Università italiane davano seguito a quanto richiesto, modificando gli ordinamenti dei corsi di studio depositati nella Banca Dati RAD MUR/CINECA per l'anno accademico 2020-2021 e specificando che essi trovano applicazione anche ai corsi di laurea magistrale

in medicina e chirurgia della classe LM-41 attivati nei precedenti anni accademici ed i cui esami finali devono essere ancora eventualmente sostenuti. I decreti rettorali deliberavano anche norme transitorie che prevedevano la possibilità, per gli studenti già iscritti ai CLM in Medicina e chirurgia alla data di emanazione degli stessi decreti, la possibilità a concludere gli studi secondo l'ordinamento previgente, con il conseguimento del solo titolo accademico. Agli studenti che hanno acquisito il solo titolo accademico era data, ovviamente, la possibilità di conseguire successivamente l'abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo, con il conseguimento della valutazione del tirocinio, come prescritto dall'art. 2 del D.M. 19 ottobre 2001, no. 445.

Gli Atenei hanno predisposto, oltre al diploma di laurea abilitante, anche il diploma di conseguimento del solo titolo accademico ed un separato diploma di esame di stato riferito alla abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita ai sensi del D.L. 17 Marzo 2020, n. 18, art. 102, comma 2. Infine, in base a quanto stabilito dal recentissimo D.M. no. 207 del 8 giugno 2020, gli Atenei sono impegnati ad individuare le modalità operative di presentazione delle istanze, nell'ambito della propria autonomia organizzativa e regolamentare.

Gli interventi del Corso di studi

I Corsi di studi si sono impegnati, in questo periodo, ad adeguare le proprie schede SUA-CdS relative all'anno accademico 2020/21, prevedendo delle norme transitorie per gli studenti già iscritti negli anni accademici precedenti.

Laddove necessario, il Corso di Studi (CdS) ha inizialmente individuato i 15 CFU nell'area “F” dedicati ai tirocini pratico-valutativi, estrapolandoli dai corsi integrati cui erano inizialmente assegnati e li ha resi visibili nel sistema informativo del CdS stesso, 5 CFU per area medica, 5 CFU per area chirurgica, 5 per il tirocinio presso il medico di medicina generale. Questa operazione, relativamente semplice per i corsi che già avevano queste attività di tirocinio professionalizzante separate dai corsi integrati, è stata relativamente più complessa per quei corsi in cui questa tipologia di CFU era incardinata all'interno dei corsi integrati. Di fatto, in quest'ultimo caso, estrapolando i CFU dai corsi integrati del quinto e sesto anno, non si sono rese necessarie numerose modifiche.

Il CdS ha dovuto successivamente integrare il proprio Regolamento didattico, introducendo un articolo dedicato alle regole di svolgimento del tirocinio pratico-valutativo. In questo caso il compito è stato relativamente semplice, essendo state approvate, in tempi recenti, le norme generali, specifiche ed attuative dei tirocini pratico valutativi (Tabella 1), in sede di attivazione del D.M. 9 Maggio 2018, n. 58. Tali norme erano state concordate ed approvate congiuntamente con FNOMCeO e derivano strettamente da quanto previsto nell'art. 3 del D.M. stesso (Familiari et al., 2018; Moncharmont et al., 2018).

Contemporaneamente, doveva essere aggiornata la parte di dettaglio dei risultati di apprendimento, declinati secondi i descrittori di Dublino, aggiungendo una ulteriore area dedicata alle competenze da raggiungere in questi tirocini (Tabella 2). Anche in questo caso era doveroso fare riferimento, in prima istanza, alle competenze recentemente approvate congiuntamente con FNOMCeO (Familiari et al., 2018; Moncharmont et al., 2018).

Un altro intervento sul Regolamento didattico doveva essere infine dedicato alla individuazione di alcune norme transitorie, al pari di quelle individuate dagli Atenei, che derivano dalla attuazione dei diversi decreti che si sono avuti in rapida successione. I decreti, infatti, davano la possibilità agli studenti già iscritti al CLM in Medicina e chirurgia al momento dell'entrata in vigore di tali norme di poter optare sia per la laurea con abilitazione, sia per la laurea senza abilitazione. Questo tratto fondamentale dei decreti determinava la impossibilità ad adeguare le classi degli anni accademici precedenti all'ordinamento 2020-2021, mentre doveva però essere assicurata la possibilità ad avere il titolo di laurea con abilitazione. A titolo di esempio, si riportano le norme transitorie adottate da un CdS di Sapienza: "Per quanto espressamente previsto dal Decreto Rettorale 1098/2020, i 15 CFU utilizzati ai fini del tirocinio pratico-valutativo, per gli studenti immatricolati dall'anno accademico 2020-2021, sono identificati espressamente all'interno della didattica programmata. In via transitoria, i CFU professionalizzanti utilizzati dagli studenti immatricolati negli anni precedenti, sono all'interno dei corsi integrati delle discipline mediche e chirurgiche presenti nei corsi integrati del quinto e sesto anno di corso. Potranno altresì essere utilizzati i CFU delle attività didattiche a scelta dello studente, soprattutto in relazione alle discipline mediche e chirurgiche presenti nel quar-

to anno di corso. Questi CFU sono frequentati una sola volta e sono a doppia valenza; non debbono pertanto essere ripetuti due volte, una per il corso integrato e una per il tirocinio pratico valutativo ai fini dell'esame di abilitazione professionale. È inteso che gli studenti in ritardo o fuori corso, di qualsiasi ordinamento, che presenteranno la domanda per svolgere il tirocinio pratico valutativo avendo già sostenuto tutti gli esami di profitto, accettano di ripetere la frequenza delle attività in area medica e chirurgica ed eventualmente dell'area di medicina generale in sovrannumero rispetto a CFU già frequentati ai fini dei relativi esami dei corsi integrati cui appartengono.

Gli studenti che alla data di entrata in vigore del Decreto Rettorale 1098/2020 risultavano già iscritti al corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia, classe LM-41 non abilitante, o appartenevano all'ordinamento della classe LS/46 o ordinamenti previgenti e non avevano optato per il nuovo ordinamento ed il cui tirocinio non è svolto all'interno del percorso formativo, hanno titolo a concludere gli studi, secondo l'ordinamento didattico previgente, con il conseguimento del solo titolo accademico. Detti studenti hanno, altresì, titolo a conseguire successivamente l'abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo, con il conseguimento della valutazione del tirocinio, prescritta dall'articolo 2 del D.M. 19 ottobre 2001, n. 445".

Laurea abilitante vs laurea non abilitante

Il laureando si trova ora di fronte due opzioni di esame di laurea: con valore abilitante o senza valore abilitante.

Per essere ammesso a sostenere la prova finale senza valore di esame di stato abilitante all'esercizio della professione di Medico-Chirurgo (laurea NON abilitante alla professione di Medico Chirurgo), lo studente deve:

- aver frequentato tutti i corsi integrati ed avere superato i relativi esami di profitto;
- aver conseguito tutti i crediti formativi previsti dall'ordinamento didattico per le attività diverse dalla prova finale;
- aver consegnato i documenti richiesti dall'Ateneo, nei tempi previsti.

Invece, per essere ammesso a sostenere la prova finale con valore di esame di stato abilitante all'esercizio della professione di Medico-Chirurgo (laurea abilitante alla professione di Medico-Chirurgo), lo

studente, oltre ai tre punti precedenti, deve:

- aver ottenuto un giudizio di idoneità in ciascuna delle mensilità in area medica, area chirurgica e dal medico di medicina generale, così come stabilito nel regolamento del Tirocinio pratico valutativo finalizzato al conseguimento dell'abilitazione per l'esercizio della professione di Medico-Chirurgo, da svolgersi nel periodo pre-laurea.

Mentre la Commissione di laurea per la laurea NON abilitante è istituita in conformità alle norme in vigore in ogni Ateneo, ai lavori della commissione di laurea abilitante partecipa un rappresentante designato dall'Ordine dei Medici provinciale (OMCeO) competente per territorio. Dovrebbero essere validi, in tutto il territorio, i seguenti criteri generali:

- il componente OMCeO partecipa ai lavori della commissione con la specifica di "Rappresentante FNOMCeO" senza alcun numero, oltre i commissari membri nel numero previsto dall'Ateneo e compare nel verbale con la stessa dizione "Rappresentante FNOMCeO";
- il rappresentante OMCeO verifica la conformità del percorso abilitante (tirocinio pratico valutativo), non avendo funzioni valutative sulla carriera e sulla discussione della tesi, non entrando nel merito del voto di laurea;
- accordi specifici con l'OMCeO competente potranno definire localmente le modalità di nomina, restando comunque fermo che l'Ordine designa ed il Rettore o un suo delegato emette un decreto di nomina.

A titolo di esempio, questa che segue è la comunicazione che i medici designati dall'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Roma riceveranno da Sapienza per partecipare alle sedute che si stanno tenendo, in via telematica, in questi giorni: "come da indicazione dell'OMCeO di Roma e Provincia, competente per territorio, Lei è stato designato come rappresentante FNOMCeO alla seduta di laurea, che si terrà per via telematica, il giorno XX. Nel ringraziarLa per la disponibilità, la informo che sarà contattato dal personale della Facoltà che comunicherà le specifiche della connessione e le modalità di accesso alle carriere dei candidati ai fini di "verificare, anche ai fini della successiva iscrizione all'Albo professionale, il regolare svolgimento dell'esame finale abilitante" così come riportato nella circolare esplicativa della Direzione Generale per la formazione universitaria, l'inclusione e il diritto allo studio del MUR Prot. 9758 del 14/04/2020".

Sempre a titolo di esempio, l'OMCeO di Roma ha deliberato che a partecipare ai lavori delle commissioni di laurea siano i consiglieri dell'Ordine stesso, compreso il suo Presidente, prevedendo anche la possibilità di partecipazione dei medici facenti parte delle Commissioni Paritetiche attualmente operative.

Il lavoro futuro

Le modifiche introdotte nell'esame di abilitazione alla professione di medico chirurgo sono molto importanti e, senza dubbio, meritano un interesse particolare della CPPCLMM&C nel prossimo futuro. Qui di seguito, alcuni punti su cui di dovrà progettare e innovare.

L'attuazione del progress test nazionale resta sempre e comunque valida. La Conferenza lo aveva ribattezzato training test nazionale alla luce della riforma dell'esame di abilitazione professionale del 2018, reinterprestandolo come test di preparazione alla prova scritta dell'esame di abilitazione, ormai abolita (Recchia e Moncharmont, 2019). Crediamo che tale test debba essere continuato nella sua formulazione classica, anche se, in questo anno accademico, la sua attuazione sia venuta meno a causa della pandemia COVID-19. Il suo valore come metodo di verifica delle conoscenze resta senza dubbio importante e di valenza internazionale; dovrà continuare ad essere uno degli argomenti di discussione della Conferenza. Sicuramente vi potranno essere aggiunti alcuni quesiti destinati all'accertamento del livello di professionalizzazione, per migliorarne ancora il valore formativo.

Ancora maggiore attenzione dovrà essere data alla programmazione ed alla valutazione dei tirocini pratico-valutativi, alla luce del fatto che ora essi rappresentano l'unica prova per ottenere l'abilitazione professionale. La Conferenza dovrà continuare ad occuparsene, continuando nel lavoro già intrapreso sulla razionalizzazione delle attività necessarie sia di formazione che di valutazione delle competenze professionali a suo tempo concordate con FNOMCeO (Strepparava et al., 2019; Riggio et al., 2019).

Negli Stati Uniti, il Medical Licensing Examination (USMLE II) utilizza, ad esempio, test strutturati per la valutazione delle competenze cliniche, mentre in Inghilterra è ampiamente utilizzata la tecnica del "Portfolio" e gli strumenti del cosiddetto "workplace-based assessment" (WPBA). Nella letteratura internazionale si trovano diversi metodi ef-

ficaci per ottenere la “Performance and Workplace Assessment”: l’uso dell’Objective structured clinical assessment (OCSE), l’Objective structured long case examination record (OSLER), il Mini clinical evaluation exercise (MINI-CEX), il Case-based discussion (CBD) o il Direct observation of procedural skills (DOPS) (Etheridge and Boursicot, 2017). Tutte queste tecniche di valutazione delle competenze richiedono diverse osservazioni del candidato e ben si adatterebbero ad una valutazione di idoneità di un tirocinio pratico-valutativo, sulla base delle competenze già indicate e concordate a livello nazionale (Familiari et al., 2018).

Ricordiamo anche la recente proposta, discussa nella nostra Conferenza, di valutare il candidato durante l’esecuzione del tirocinio pratico-valutativo mediante un “Portfolio” contenente tre diverse tipologie di moduli: uno per la descrizione dei casi

clinici, un altro per la narrazione di esperienze professionali ed un altro ancora per la descrizione di procedure/manualità/abilità che, collezionati a scelta del candidato, potranno essere valutati dal Tutor di reparto e dal Responsabile di area o dal medico di Medicina generale, al fine del giudizio di idoneità (Riggio et al., 2019). Su questo tema, sicuramente la Conferenza saprà scandire una metodologia concordata con FNOMCeO e unitaria nel territorio italiano.

Un ulteriore aspetto, questa volta formale, su cui si potrebbe discutere è anche quello di una eventuale rivalutazione dell’atto convenzionale approvato con FNOMCeO ed attualmente utilizzato in tutti gli Atenei italiani. Probabilmente non se ne avrà alcuna necessità, ma anche questo è un aspetto che potrà essere discusso in una prossima riunione della CPPCLMM&C.

Bibliografia

Etheridge L, Boursicot K. Performance and workplace assessment. In A Practical Guide for Medical Teachers, fifth edition Elsevier, Dent JA, Harden R and Hunt D eds., pp. 267-273, 2017.

Familiari G, Moncharmont B, Consorti F, Lenzi A, Gallo P, Basili S, Stella R, Anelli F. Sezione 2: Il nuovo libretto di Valutazione del tirocinio dell’esame di stato per l’abilitazione alla professione di medico chirurgo: un modello nazionale condiviso. Med Chir 79: 3518-3523, 2018.

Moncharmont B, Familiari G, Lenzi A, Basili A. Cosa cambia con la laurea abilitante per la Professione medica Sezione 1: Il tirocinio pratico-valutativo valido ai fini dell’esame di stato per l’abilitazione all’esercizio della professione di medico-chirurgo: istruzioni per l’uso. Med Chir 79: 3514-3517, 2018.

Recchia L, Moncharmont B. Dal Progress Test al Training Test: analisi dei risultati finali 2018. Med Chir 82: 3650-3654, 2019.

Riggio O, Consorti F, Misasi R, Pagano L. La valutazione degli studenti durante il Tirocinio Professionalizzante Valutativo per l’esame di stato (TPVES): Proposta di adozione di un Diario di Tirocinio Clinico. Med Chir 83: 3674-3679, 2019

Strepparava MG, Barajon I, Basili S, Consorti F, Della Rocca C, Familiari G, Gallo P, Lui F, Merli M, Moncharmont B, Vignozzi L. Nuovi Strumenti Didattici - New educational tools “Insegnamolo Strano” Miniatelier. Med Chir 80: 3577-3583, 2018.



Norme generali

il tirocinio pratico-valutativo:

- È volto ad accertare le capacità dello studente relative al saper fare e al saper essere medico, che consiste nell'applicare le conoscenze biomediche e cliniche alla pratica medica, nel risolvere questioni di deontologia professionale e di etica medica, nel dimostrare attitudine a risolvere problemi clinici afferenti alle aree della medicina e della chirurgia e delle relative specialità, della diagnostica di laboratorio e strumentale e della sanità pubblica, ad applicare i principi della comunicazione efficace;
- Dura complessivamente tre mesi, è espletato non prima del quinto anno di corso e purché siano stati sostenuti positivamente tutti gli esami fondamentali relativi ai primi quattro anni di corso, previsti dall'ordinamento didattico del Corso di Laurea, ed è organizzato secondo quanto stabilito dall'ordinamento e dal regolamento didattico;
- Si svolge per un numero di ore corrispondenti ad almeno 5 CFU per ciascuna mensilità (ad ogni CFU riservato al tirocinio debbono corrispondere almeno 20 ore di attività didattica professionalizzante e non oltre 5 ore di studio individuale) e si articola nei seguenti periodi, anche non consecutivi: un mese in area chirurgica, un mese in area medica, un mese nello specifico ambito della Medicina Generale, quest'ultimo da svolgersi non prima del sesto anno di corso, presso l'ambulatorio di un Medico di Medicina Generale. I 15 CFU riservati alle attività del tirocinio pratico-valutativo fanno parte dei 60 CFU dedicati all'attività didattica professionalizzante;
- La certificazione della frequenza e la valutazione dei periodi di tirocinio avvengono sotto la diretta responsabilità e a cura del docente universitario o del dirigente medico, responsabile della struttura frequentata dal tirocinante, e dal medico di Medicina generale, che rilasciano formale attestazione della frequenza ed esprimono, dopo aver valutato i risultati relativi alle competenze dimostrate, in caso positivo, un giudizio di idoneità, su un libretto-diario, che si articola in una parte descrittiva delle attività svolte e di una parte valutativa delle competenze dimostrate;
- Si intende superato solo in caso di conseguimento del giudizio di idoneità per ciascuno dei tre periodi.

Norme specifiche

- Ogni tirocinio di area medica o chirurgica, si potrà svolgere anche in diverse divisioni cliniche di area medica o di area chirurgica, all'interno delle U.O. indicate nell'allegato 1 e 2 al presente articolo. In questo caso, ogni tutor delle diverse divisioni rilascerà un giudizio sintetico sul candidato, da cui deriverà il giudizio di valutazione complessiva del candidato, ad opera del tutor coordinatore di area medica e/o chirurgica; Il tirocinio dal medico di medicina generale si svolgerà presso i medici indicati nell'allegato 3 al presente articolo. Tali medici, individuati dall'Ordine/dagli Ordini dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri di pertinenza ed assegnati agli studenti dalla Segreteria Didattica, esprimeranno il giudizio di valutazione complessiva del candidato.
- Il tirocinio pratico-valutativo si potrà svolgere anche nei periodi in cui non è programmata attività didattica frontale (generalmente gennaio, febbraio, giugno, luglio, agosto, settembre) per il raggiungimento delle 100 ore certificabili ai fini dell'Art. 3 del DM n.58 del 9 Maggio 2018.

Norme attuative

- La frequenza al tirocinio pratico valutativo ha inizio previa presentazione di apposita richiesta, compilata dallo studente, da consegnarsi alla Segreteria didattica del Corso di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia. Lo studente dovrà allegare copia di un valido documento di identità. Allo studente saranno assegnati i reparti di area medica e chirurgica ed il medico di medicina generale dove lo studente dovrà frequentare, sulla base dell'Organizzazione didattica del quinto e sesto anno di corso. La Segreteria Didattica controllerà la veridicità delle dichiarazioni contenute nelle richieste, ai sensi della normativa vigente.
- Allo studente verranno consegnati, in sequenza, tre libretti, uno per la frequenza in area medica, uno per la frequenza in area chirurgica, uno per la frequenza presso l'ambulatorio del medico di medicina generale convenzionato con il SSN. Lo svolgimento del tirocinio pratico-valutativo, da parte dello studente dovrà comprendere 100 ore di frequenza; tali periodi di frequenza, compatibilmente con l'Organizzazione didattica del Corso di laurea Magistrale, non dovranno necessariamente coincidere con la durata di un mese; anche la successione tra i diversi periodi, per ogni tirocinante, sarà conseguente all'organizzazione didattica del Corso di Studi e dovrà permettere successioni diversificate nelle diverse aree, in modo da consentire il corretto svolgimento delle attività, fatto salvo che il tirocinio dal medico di medicina generale si potrà svolgere esclusivamente e continuativamente, nel sesto anno di corso.
- Sul libretto saranno annotati i giorni e gli orari delle frequenze, descrivendo le attività svolte anche con spunti riflessivi su quanto fatto e osservato. Il libretto sarà controfirmato dal tutor di reparto e dal tutor-coordinatore. Il tirocinante dichiarerà di aver ricevuto dal tutor un parere in itinere relativo all'andamento del tirocinio stesso, firmando nell'apposito spazio del libretto.
- Il tutor di Reparto darà informazione al tirocinante sull'esito stesso della frequenza, mettendo in evidenza soprattutto eventuali riscontri non positivi, in modo tale che il tirocinante possa migliorare nel periodo successivo della mensilità. Il Tutor-coordinatore dell'area medica o chirurgica, individuato dal Consiglio del Corso di Laurea Magistrale, dopo aver valutato i giudizi intermedi degli altri tutor, si incaricherà di formulare il giudizio finale di idoneità o di non idoneità, comunicando al tirocinante il giudizio complessivo sulla mensilità di tirocinio svolta. In caso di non idoneità il tirocinante sarà tenuto a ripetere la frequenza e ad avere un nuovo giudizio sulla stessa mensilità.
- Il tutor-coordinatore tratterà il libretto contenente il diario dello studente, i giudizi intermedi e il giudizio collegiale finale; avrà cura di far pervenire tale documento alla Segreteria Amministrativa. La Segreteria Amministrativa, dopo aver ricevuto i tre libretti riferiti alle tre aree del tirocinio pratico valutativo, verificato il superamento delle tre mensilità, li inserirà nel fascicolo dello studente e li trasferirà alla commissione per la valutazione nella prova finale.
- Il Consiglio del Corso di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia nominerà annualmente i tutor-coordinatori, responsabili di unità operativa, che avranno il compito di certificare il tirocinio in area medica e chirurgica. I medici di Medicina generale convenzionati con il SSN saranno individuati in accordo con l'Ordine dei Medici, sulla base di specifici atti convenzionali stipulati tra Ordine dei Medici ed Ateneo.
- Nel documento di programmazione didattica annuale saranno indicati i tirocini che potranno avere valenza TPVES, fatto salvo quanto previsto agli articoli 1 e 4 del DM del 9 Aprile 2020 n. 12.
- I tutor-coordinatori ed i relativi reparti di area medica e chirurgica sono elencati nelle specifiche tabelle allegate al presente regolamento e che saranno aggiornate all'inizio dell'anno accademico.
- I Reparti di Area Medica e di Area Chirurgica, così come i Medici di Medicina Generale cui saranno indirizzati i singoli Studenti, saranno indicati direttamente dalla Segreteria Didattica o da altro organo individuato dall'Ateneo, sulla base delle preventive disponibilità delle U.O. e dei Medici di Medicina Generale che saranno comunque indicati dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri competenti per territorio.

Tabella 1: Norme generali, specifiche ed attuative dei Tirocini pratico-valutativi

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

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

Tabella 2: Competenze professionali da raggiungere al termine dei tirocini pratico-valutativi. In A) le competenze dell'area medica e chirurgica; in B) le competenze dell'area del Medico di Medicina Generale

Didattica a Distanza (DaD): distanziamoci dai luoghi comuni

At distance learning: let's get away from commonplace

Fabrizio Consorti, Facoltà di Medicina e Odontoiatria, Università degli studi di Roma "La Sapienza" di Roma, SIPeM

Sommario

La pandemia ha prodotto una condizione senza precedenti per il paese, costretto a sospendere molte attività sociali e produttive. Tuttavia, le Università non si sono fermate, ma hanno continuato ad erogare didattica a distanza. Lo scopo di questo articolo è di fornire una cornice teorica di riferimento che consenta di descrivere e comprendere i diversi obiettivi e metodi di ciò che può essere chiamato "didattica a distanza", riassumere all'interno di questa cornice le iniziative che i Corsi di Laurea in Medicina hanno congiuntamente avviato, coordinati dalla Conferenza e avanzare proposte circa cosa di questa esperienza potrebbe essere mantenuto, anche quando una condizione di piena agibilità delle strutture didattiche sarà ripristinata. In particolare verranno considerati l'approccio di flipped classroom, i casi simulati ed altre forme di esercizio clinico supportato dalla tecnologia e il modo in cui questi metodi potrebbero essere integrati nei curricula medici.

Parole chiave: formazione a distanza; teorie educative; tecnologie per l'apprendimento

Summary

The pandemic produced an emergency condition for the country, forced to suspend many social and productive activities. However, the Universities did not stop, but continued to provide learning at distance. The purpose of this article is to provide a theoretical framework of reference to describe and understand the different objectives and methods of what can be called "distance learning", to summarize within this framework the initiatives that the Courses in Medicine jointly activated, under the coordination of the Conference and to put forward a proposal about what could be maintained of this experience, even when a condition of full usability of the teaching facilities will be restored.

More in particular I shall discuss the flipped classroom approach, the simulated cases and other forms of clinical exercise supported by technology and the way in which these methods could be integrated into medical curricula.

Key words: distance education, educational theory, technology enhanced learning

Introduzione

La pandemia di CoViD-19 ha prodotto una crisi sanitaria, economica ed organizzativa a cui la società italiana era del tutto impreparata. Ciò ha indotto il Governo ad assumere provvedimenti limitativi senza precedenti nella storia della Repubblica, che hanno avuto impatto su tutta la vita produttiva, culturale e sociale del Paese. Solo per ricordare alcuni tra i decreti, il DPCM del 26 aprile 2020 ha ribadito la sospensione della "frequenza delle attività scolastiche e di formazione superiore, comprese le Università ... ferma in ogni caso la possibilità di svolgimento di attività formative a distanza. [...] Le attività dei tirocinanti delle professioni sanitarie e medica possono in ogni caso proseguire anche in modalità non in presenza". Il più recente DPCM dell'11 giugno ha consentito la ripresa delle attività in presenza, mantenendo fisse le azioni di prevenzione e i limiti al contatto sociale stabiliti dalle norme precedenti, che sono tutt'ora in vigore, comprese le sanzioni.

Senza che ciò che segue implichi alcun giudizio di merito, né positivo né negativo, è noto che la legislazione italiana ha un'impronta fortemente garantista, anche a protezione del cittadino potenzialmente offeso dall'inosservanza delle norme. Ciò produce una situazione in cui la buona volontà di far ripartire il paese "com'era prima" potrebbe scontrarsi contro i "grilletti facili" di azioni di risarcimento e responsabilità penale, per rischio o per danno provocato. In termini concreti, le aule e tutti gli altri spazi didattici tornano ad essere agibili, ma solo al prezzo di un aumento dei costi di esercizio (sanificazione quotidiana o bi-giornaliera) e di una notevole riduzione di capienza. Ciò rende anche comprensibile la ritrosia manifestata da alcune Direzioni aziendali ospedaliere ad una piena accessibilità degli spazi assistenziali da parte degli studenti. La conclusione di questo ragionamento è che sembra poco probabile che per l'inizio del prossimo anno accademico possa esserci un rilassamento dei vincoli e che quindi dobbiamo attrezzarci per una didattica mista, con ampio ricorso alle attività formative a distanza, almeno per tutto il primo semestre.

Lo scopo di questo articolo è riassumere le teorie pedagogiche di riferimento e i modi di uso della Didattica a Distanza (la DaD, come abbiamo impa-

rato a chiamarla), affinché – nella misura necessaria – sia efficacemente introdotta nella programmazione dei corsi di laurea in Medicina finché perdura lo stato di emergenza nazionale e – quando utile ed opportuno – anche oltre. Rimangono escluse da quanto discuterò nel seguito di questo articolo tutte le attività destinate a sviluppare le abilità manuali e pratiche, nonché quella quota di professionalismo indissolubilmente legata all’ “esperienza vissuta” da parte dello studente nei luoghi di prevenzione e cura, a fianco di professionisti al lavoro (Walsh 2016). Per queste competenze non c’è altro rimedio che una coraggiosa, assennata ripresa delle attività in presenza, nei laboratori e negli ambienti clinici.

Teorie pedagogiche e quadri di riferimento

Per quanto possa sembrare strano, visti i molti modi di DaD internazionalmente diffusi, una teoria unificante che contenga definizioni e spiegazioni relative al “cosa”, al “perché” e al “come” della DaD non esiste. Ci sono naturalmente molti contributi specifici relativi alle diverse componenti dell’apprendimento, incluse le dimensioni psicologiche e cognitive, ma manca un quadro unificante. Vi ripropongo i modelli di una pedagogista italiana (Cinque 2011) e di un pedagogista statunitense (Picciano 2017), che opera una buona sintesi di diverse posizioni.

Nella Figura 1 è rappresentata una prima grande suddivisione tra la DaD basata fondamentalmente su contenuti e una DaD incentrata sull’interazione sociale. Allo schema originario di Cinque ho aggiunto il riferimento alle più classiche teorie pedagogiche generali. Il comportamentismo vede l’apprendimento come modifica di un comportamento, inclusa la memorizzazione di contenuti, attraverso la ripetizione. La formazione alle abilità pratiche negli skill lab è il più ovvio modello comportamentista, ma anche lo studio teorico astratto, imperniato sul ruolo propositivo del docente a lezione, ricalca logiche comportamentiste. Il cognitivismo si interessa invece fondamentalmente a “come” processiamo l’informazione ottenuta per trasformarla in conoscenza. Qui il ruolo chiave è giocato dall’utilizzo dei contenuti per risolvere problemi, attività che favorisce la memorizzazione a lungo termine e l’integrazione di ogni nuovo contenuto nella rete complessiva di conoscenze del discente. Nella metà destra della figura 1 sono rappresentate invece le

attività di produzione di conoscenza attraverso l’interazione sociale, dall’apprendimento esperienziale basato sul ciclo di Kolb (vivo un’esperienza, ci rifletto descrivendola formalmente e condividendo la riflessione, mi riferisco alla teoria per interpretare quanto ho vissuto e progetto nuove attività formative) alle forme più avanzate come il Problem Based Learning o la costituzione di comunità di pratica e di progetto.

Nella figura 2 si possono rintracciare le stesse idee, classificate però in funzione degli scopi prevalenti e con riferimento alle attività di DaD esistenti oggi. Se il nostro scopo è distribuire contenuto o esercizi da svolgere in modo asincrono (cioè senza interazione diretta immediata col docente o tutor) allora ci si dovrà rivolgere alle piattaforme di Learning Management System (LMS) o Content Management System (CMS) come Moodle, Teams, Classroom, che consentono anche la valutazione, sia formativa che certificativa, quest’ultima sia pur con gli opportuni accorgimenti tecnici. Se si desidera associare l’esperienza emozionale del contatto sincrono alla illustrazione dei contenuti, attraverso il volto e la voce del docente, si dovranno usare le piattaforme di video-conferenza. A questo proposito, sono in aumento le evidenze relative al fatto che una proporzione non irrilevante di studenti preferisce l’interazione su queste piattaforme, rispetto alla lezione in presenza (Dedeilia 2020). È evidente che si tratta di una “presenza” diversa da quella fisica, ma la presenza virtuale non è meno reale di quella fisica, specie per la generazione che siede attualmente nei banchi universitari (Levy 1997, Consorti 2017). Infine, i blog, i wikis e i gruppi di discussione sono gli strumenti di scelta per ottenere interazione sociale e costruzione di conoscenza condivisa fra gli studenti.

Che forme della DaD scegliere e come introdurle nel curriculum? La risposta può derivare solo da una attenta progettazione formativa, che abbia definito con esattezza obiettivi ed esiti attesi, come discuteremo nel prossimo paragrafo, a partire dall’esperienza di coordinamento tra CLM in seno alla Conferenza, come reazione rapida alla sfida posta dal lockdown.

Cosa abbiamo fatto

A inizio marzo, subito dopo l’annuncio ufficiale del completo lockdown nazionale, i CLM italiani si sono attivati con grande rapidità per trasferire la di-

dattica del semestre su supporto telematico. Le due soluzioni più rapide e semplici sono state il caricamento di materiali di studio (dispense, presentazioni corrispondenti alle lezioni) su piattaforme di LMS o CMS per la fruizione asincrona da parte degli studenti e la conduzione delle lezioni su piattaforma di video-conferenza, spesso mantenendo gli stessi orari previsti per le lezioni in presenza del semestre. In qualche sede, col consenso del docente, le lezioni sono state registrate e il video messo a disposizione di chi avesse perso la diretta o anche per consentire a chi avesse assistito di ritornare sull'argomento.

Una delle preoccupazioni maggiori è stata quella di consentire il completamento del Tirocinio Pratico Valutativo per Esame di Stato (TPVES) agli studenti del 6° anno in corsa per ottenere laurea ed abilitazione entro l'estate. Il già ricordato DPCM del 26 aprile consentiva la prosecuzione del TPVES anche con modalità non in presenza, ma questa scelta ha rappresentato una ulteriore impegnativa sfida.

Il 28 marzo una mozione congiunta delle Conferenze dei Presidi e Direttori di Scuola, dei Presidenti di CLM di Medicina e delle Professioni Sanitarie e dell'Intercollegio di Area Medica propose:

- possibilità di svolgere il TPVES anche con tecniche a distanza
- possibilità di non osservare il rapporto Tutor/Tirocinante 1:1 per il tirocinio di Medicina Generale, in accordo con l'OdM di riferimento
- possibilità di conseguire i 15 CFU e il relativo giudizio con ampia elasticità nella divisione in aree (medica, chirurgica, MMG)
- previsione di un cronoprogramma e/o azioni che consenta/consentano comunque a coloro che si laureano nelle sessioni di giugno e luglio 2020 di partecipare al concorso di ammissione alle Scuole di Specializzazione.

Poiché uno dei metodi suggeriti per lo svolgimento del TPVES a distanza è stato la conduzione di casi clinici in simulazione su computer, la Conferenza ha aperto un Google Drive condiviso, in cui - nel rispetto dei criteri di privacy - rapidamente si sono accumulate diverse decine di casi clinici, forniti dai CLM e anche col contributo della Società Italiana di Medicina Interna (SIMI). Questo materiale grezzo ha poi trovato una sua forma agibile in simulazione attraverso la collaborazione della Società Italiana di Simulazione in Medicina (SIMMed). Col supporto

di alcune aziende di informatica e comunicazione che hanno sponsorizzato l'iniziativa, è stato attivato il sito SIMMED-CONNECT (<https://connect.numelplus/>), che mette a disposizione, nel momento in cui è in scrittura questo articolo, 22 casi clinici simulabili, ma il numero è in costante aumento.

Un'esperienza più complessa è stata condotta presso uno dei CLM della Sapienza, attraverso l'uso della piattaforma Classroom. Seguendo l'elenco delle competenze indicate sul libretto di tirocinio, sono stati realizzati e sperimentati 15 diversi esercizi clinici (Figura 3). Il TPVES a distanza comprendeva incontri su piattaforma MEET 1-2 volte a settimana per il debriefing delle attività svolte. Con la collaborazione dell'ufficio tecnico della Facoltà, sono in via di preparazione ulteriori esercizi clinici, prevedendo l'uso di questo materiale nella didattica clinica ordinaria, anche dopo la fine dell'emergenza nazionale.

Cosa potremmo mantenere

La quasi totalità delle facoltà mediche nel mondo sono state costrette ad adattamenti più o meno grandi e l'idea che qualcosa rimarrà è diffusa (Pitt 2020). Nessuno nell'ambito della Conferenza ha mai pensato né tanto meno detto che si debba privilegiare la DaD, ma prima di dire che tutto quello che abbiamo sviluppato ed imparato in questi mesi vada buttato via, forse conviene concedersi un po' di riflessione, anche perché a causa di quanto anticipato in premessa di tempo ne avremo. Vorrei proporre a chiusura due linee di sviluppo che capitalizzano la fatica di questo semestre e -ahimè- verosimilmente anche del prossimo. Infine, dedicherò poche righe a suggerire i principi a cui dovrebbe ispirarsi l'integrazione curriculare della DaD

1. Approccio di flipped classroom

Nel laboratorio realizzato durante la passata riunione della Conferenza a Salerno (Strepparava 2018), ha destato interesse l'approccio di flipped classroom, in Italia già adottato da più di un insegnamento, sia negli anni delle scienze di base che in quelli clinici (Consorti 2018). Si tratta di una modalità fortemente centrata sullo studente, che si avvale della tecnologia sia nella fase prima dell'incontro d'aula, per la distribuzione dei materiali di studio, che durante l'incontro d'aula, attraverso l'uso dei risponditori (Ramnanan 2017). Il prossimo anno accademico potrebbe fornire l'opportunità di speri-

mentare una “inversione” parziale dei nostri corsi. I risponditori possono anche essere usati per rendere più interattivo una lezione online sincrona, sia proponendo domande di richiamo di pre-conoscenze che come trigger per fornire motivazione e contesto. Dopo la risposta da parte degli studenti, il docente può mostrare i risultati del sondaggio condividendo il proprio schermo, esattamente come farebbe per mostrare le slide della lezione. Si commenta e si correggono gli errori più evidenti, magari lasciando aperta la chat line per ulteriori domande.

2. Esercizi clinici

L'applicazione della conoscenza teorica alla soluzione di problemi clinici rappresenta una delle sfide maggiori per un corso di laurea in Medicina. La letteratura internazionale indica senza esitazioni l'apprendimento basato sui casi (Case Based Learning – CBL) come uno degli strumenti che più di altri contribuiscono a legare la teoria alla pratica (Thistlethwaite 2012). Il CBL si presta all'utilizzo in aula grande, specie all'inizio degli anni clinici, quando è opportuno che il docente esemplifichi le modalità di ragionamento e ciò può essere effettuato anche durante una lezione online sincrona, discutendo un caso clinico. Tuttavia, gli ambiti privilegiati di utilizzo del CBL sono l'attività di piccolo gruppo e l'esercizio individuale in simulazione su computer. Il CBL non può certo essere una sostituzione del tirocinio in presenza, che comporta l'esposizione all'ambiente clinico reale, con tutta la sua complessità tecnica, professionale ed umana; comunque aver condotto personalmente e in gruppo una buona quantità di esercizi clinici facilita di molto il proficuo inserimento dello studente nella routine di reparto o di studio medico, allenandone la capacità di cogliere le informazioni rilevanti, di ordinarle alle ipotesi di diagnosi, di progettare percorsi di conferma diagnostica, di prognosi e di orientamento terapeutico. Come mostrato in Figura 3, gli esercizi possono riguardare anche abilità che spesso rimangono in ombra durante i tirocini clinici, come la valutazione di appropriatezza, la compilazione del Rapporto di Accettazione-Dimissione con relative codifiche, l'interpretazione di esami diagnostici.

Personalmente non trovo alcun motivo per cui non si debba continuare, senza affanno ma con regolarità, l'eccellente lavoro di produzione e condivisione di casi clinici e di materiali per esercizi iniziato sotto la pressione del non avere alternative

per salvare l'anno accademico (Fuller 2020). Questo lavoro potrebbe utilmente coinvolgere anche i docenti delle scienze di base, per integrare gli esercizi clinici con le correlazioni di carattere fisiopatologico e l'indispensabile apertura alle -omiche che caratterizza la medicina dei nostri anni.

3. Come integrare la DaD nel curriculum, anche oltre l'emergenza

Una delle cose equivoche che mi è capitato di leggere sulla DaD in queste ultime settimane è che il blended learning sia la modalità di insegnamento per cui gli studenti che trovano posto nelle aule ridotte di capienza seguono la lezione in presenza, gli altri la seguono da casa, in streaming. Questa evenienza sarebbe in realtà null'altro che il There Is No Alternative (TINA) citato da Fuller (2020) e riportato in precedenza, non certo una scelta pedagogicamente fondata. Nella letteratura pedagogica, il blended learning è una modalità didattica in cui le attività in presenza e a distanza trovano posto in modo integrato, in momenti diversi, con pari dignità e significato diverso, contribuendo al risultato di apprendimento finale.

Uno dei problemi maggiori della DaD comunemente intesa, anche in tempi ordinari, è invece che essa sia aggiuntiva alle altre attività didattiche, mentre il modo corretto di intendere l'integrazione è che una quota di attività in presenza, piccola a piacere ma misurabile, sia sostituita da attività a distanza. Perché dovremmo farlo?

1. Perché l'approccio flipped è un metodo attivo efficace, centrato sullo studente, ma richiede che parte delle ore dedicate all'esposizione di contenuti siano invece dedicate agli esercizi in classe (fisica o virtuale) e che gli studenti abbiano avuto il tempo di studiare prima dell'incontro

2. Perché i CLM di solito non hanno né stanze fisiche né tutor sufficienti per gestire attività di piccolo gruppo, mentre gli studenti possono co-operare in piccoli gruppi virtuali sulle piattaforme di LMS

3. Perché le simulazioni online con esercizi di interpretazione e di ragionamento clinico sono un'integrazione utile ed efficace per gli insegnamenti pre-clinici e clinici. Gli esercizi assegnati di settimana in settimana saranno discussi a lezione.

Tutto ciò non può essere un carico aggiuntivo, ma deve essere ufficialmente contabilizzato all'in-

terno dei 360 CFU di un curriculum, con la presenza virtuale degli studenti documentata dal controllo sugli accessi e con i prodotti di queste attività chia-

ramente indirizzati alla valutazione finale, che dovrà almeno in parte essere coerente con le attività di DaD svolte.

Bibliografia

- Cinque M. E-teaching – Scenari didattici e competenze dei docenti nell'evoluzione del web. Palumbo ed., Palermo-Firenze, 2011
- Consorti F. Umanesimo, post-umanesimo e medicina: una riflessione sulla tecnologia. *Medicina e Cultura*. 2019. N.4. Disponibile su: <http://www.centerfordigitalhealthhumanities.com/it/umanesimo-post-umanesimo-e-medicina-una-riflessione-sulla-tecnologia/>
- Consorti, F, Mingarelli, V. 2018. Transforming traditional lectures into a flipped classroom: an experience in a curriculum of Introduction to Clinical Medicine. *Form@re - Open Journal Per La Formazione in Rete*, 18(1), 290-301.
- Dedeilia A, Sotiropoulos MG, Hanrahan JG, Janga D, Dedeilias P, Sideris M. 2020. Medical and Surgical Education Challenges and Innovations in the COVID-19 Era: A Systematic Review. *In Vivo*. 34(3 Suppl):1603-1611.
- Fuller R, Joynes V, Cooper J, Boursicot K, Roberts T. 2020. Could COVID-19 be our 'There is no alternative' (TINA) opportunity to enhance assessment?. *Med Teach*. [accessed 2020 July 4]; [6 pages]. [doi:10.1080/0142159X.2020.1779206].
- Levy P. Il virtuale. Raffaello Cortina, Milano 1997
- Picciano, A. G. 2017. Theories and frameworks for online education: Seeking an integrated model. *Online Learning*, 21(3), 166-190
- Pitt MB, Li ST, Klein M. 2020. Novel Educational Responses to COVID-19: What is Here to Stay?. *Acad Pediatr*. S1876-2859-(20)30241-2.
- Ramnanan CJ, Pound LD. 2017. Advances in medical education and practice: student perceptions of the flipped classroom. *Adv Med Educ Pract*. 8:63-73.
- Strepafava M.G., et al. 2018. Nuovi strumenti didattici – “Insegnamolo Strano” Miniatelier. *Medicina e Chirurgia*, 80: 3577-3583.
- Thistlethwaite JE, Davies D, Ekeocha S, et al. 2012. The effectiveness of case-based learning in health professional education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 23. *Med Teach*.;34(6):e421-e444.
- Walsh K. 2016. Professionalism and the environment: The influence of role models. *Med Teach*. 38(2):213-214.

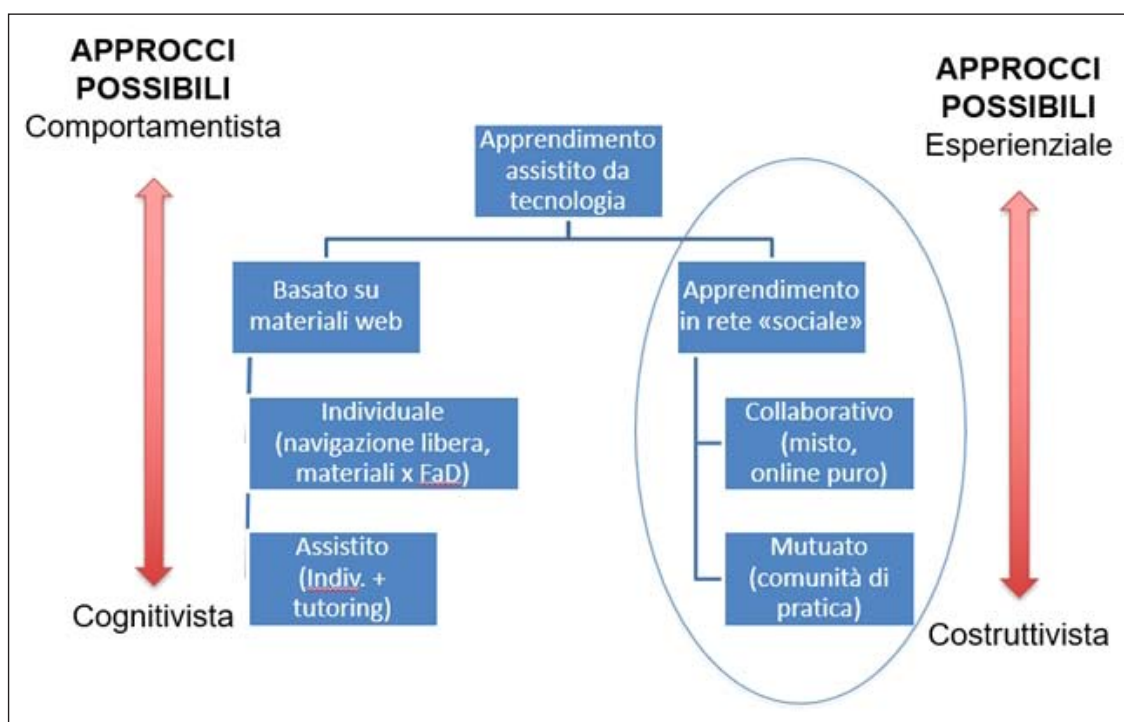


Figura 1 – modificata da Cinque (2011)

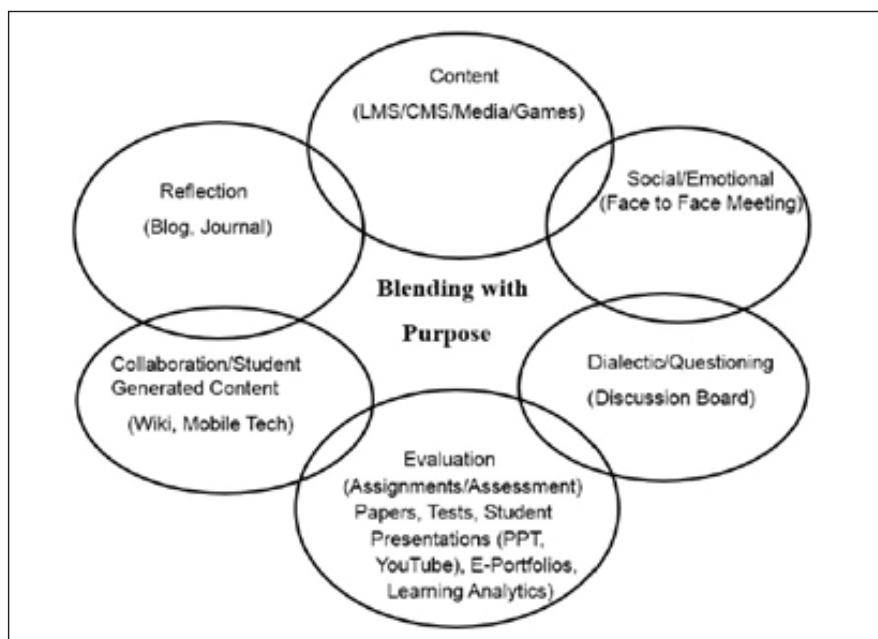


Figura 2, estratta da Picciano (2017)

The screenshot shows the "Libretto di TPVES virtuale" interface. On the left is a sidebar with a list of categories: "Tutti gli argomenti", "Accettazione/dimis...", "Appropriatazza", "Comunicazione", "Fragilità e disabilità", "Interpretazione", "Ragionamento clinico", and "Trattamento". The main content area displays three sections, each with a title and a list of activities:

- Accettazione/dimissione**: "lettera di dimissione" (Data pubblicazione: 25 apr)
- Appropriatazza**: "Appropriatazza" (Data pubblicazione: 14 apr), "Diagnosis related group a rischio di inappro..." (Ultima modifica: 19 apr), "Link per la codifica" (Data pubblicazione: 20 apr), "Calcolo del DRG" (Data pubblicazione: 20 apr), "Calcola qualche DRG" (Ultima modifica: 19 apr)
- Comunicazione**: "Agenda del paziente" (Data pubblicazione: 6 apr)

Figura 3– La pagina di ingresso nell’ambiente “Libretto di TPVES virtuale”. Nella barra di sinistra l’elenco delle abilità simulabili attraverso attività su casi simulati: scrittura della lettera di dimissione, valutazione dell’appropriatezza del ricovero rispetto ai LEA, esercizi di comunicazione con paziente simulato (via telematica e simulazione grafica), valutazione della fragilità e disabilità, interpretazione di esami (EGA, ECG, panel di esami di laboratorio), esercizi di ragionamento diagnostico su casi simulati, esercizi di gestione del post-operatorio su casi simulati

Linee di indirizzo per la ripresa delle attività formative professionalizzanti per i corsi di laurea e di laurea magistrale delle professioni sanitarie in tempi di COVID-19 - Approvate il 23 APRILE 2020

Re-designing clinical learning rotations in health care professions bachelors and master degrees at the time of COVID-19: national guidelines - Approved on APRIL 23, 2020

Presidente: Prof.ssa Luisa Saiani, Segretario Generale: Prof.ssa Alvisa Palese; Segretario Aggiunto: Dott. Angelo Mastrillo.
Commissioni Nazionali Corsi di Studio Laurea Triennale: Assistenza Sanitaria, Prof. Paolo Contu, Dott.ssa Carmela Russo; Dietistica, Prof. Loris Pironi, Dott.ssa Vincenza Ficco; Educazione Professionale, Prof.ssa Cinzia Bressi, Dott.ssa Clea Sacchetti; Fisioterapia, Prof. Paolo Pillastrini, Dott.ssa M. Consiglia Calabrese, Prof. Roberto Gatti, Prof.ssa Elisa Pelosin; Igiene Dentale, Prof.ssa Maria Rita Giuca, Dott.ssa Michela Rossini, Prof.ssa Ignazia Casula; Infermieristica, Prof.ssa Anne Destrebecq, Dott.ssa Patrizia Massariello; Prof.ssa Luisa Saiani; Prof.ssa Alvisa Palese; Infermieristica Pediatrica, Prof.ssa Paola Marchisio, Dott.ssa Marisa Bonino; Logopedia, Prof. Antonio Schindler, Dott.ssa Valentina Genovese; Ortottica ed Assistenza Oftalmologica, Prof. Emidio Rossi, Dott.ssa Maria Teresa Rebecchi; Ostetricia, Prof. Antonio Lanzone, Dott.ssa Elsa Del Bo, Prof.ssa Miriam Guana; Podologia, Prof. Marco Cavallini, Dott. Arcangelo Marseglia; Tecniche Audiometriche, Prof. Elio De Seta, Dott. Marco Deiana; Tecniche Audioprotesiche, Prof. Guido Conti, Dott. Emanuele Lucci; Tecniche di Laboratorio Biomedico, Prof. Vincenzo Petrozza, Dott.ssa Tiziana Galai; Tecniche di Neurofisiopatologia, Prof. Alberto Priori, Dott. Battista Di Gioia; Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionamento Cardiovascolare, Prof. Marco Agrifoglio, Dott.ssa Fabiana Rossi; Tecniche Ortopediche, Prof. M. Matteo Parrini, Dott.ssa Silvia Guidi; Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, Prof.ssa Luisa Romanò, Dott. Alessandro Versetti; Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia, Prof. Salvatore Cappabianca, Dott. Stefano Da Dalt; Tecniche della Riabilitazione Psichiatrica, Prof.ssa Rita Roncone, Dott.ssa Debora Parigi; Terapia della Neuro e Psico-Motricità dell'Età Evolutiva, Prof.ssa Donatella Valente, Dott.ssa Fiorenza Broggi; Terapia Occupazionale, Prof. Francesco Landi, Dott.ssa Renata Spalek.
Commissioni Nazionali Lauree Magistrali: Classe I Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Prof. Loreto Lancia, Dott.ssa Caterina Galletti, Prof.ssa Antonella Nespoli; Classe II Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, Prof. Luca Padua, Dott.ssa Laura Furri; Prof.ssa Giuseppina Bernardelli; Classe III Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostica, Prof. Melchiorre Giganti, Dott. Marco Tullio Abrardi; Classe III Scienze delle Professioni Sanitarie Tecnico-Assistenziali, Prof. Paolo Emidio Macchia, Dott.ssa Anna Maria Rivieccio; Classe IV Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione, Dott.ssa Teresa Rea.

Riassunto

Le attività formative professionalizzanti per i corsi di laurea e di laurea magistrale delle professioni sanitarie in Italia si trova ad affrontare sfide importanti a causa dell'epidemia di COVID-19 che richiede decisioni senza precedenti soprattutto per quanto riguarda le turnazioni cliniche. Secondo le leggi nazionali, subito dopo l'epidemia, il tirocinio per le professioni sanitarie era rimasto invariato; tuttavia, mentre le attività teoriche sono riprese quasi immediatamente in remoto, i laboratori e le attività professionalizzanti sono stati sospesi in tutta Italia, in gran parte per decisione congiunta delle Aziende sanitarie e delle Università per diversi motivi, principalmente legati alla necessità di garantire tirocini di apprendimento sicuri ed efficaci. Lo scopo principale di queste linee guida è quello di supportare le università per affrontare le decisioni su come riprogettare, riavviare, gestire e valutare le turnazioni di formazione clinica al momento del COVID-19 garantendo la massima qualità e sicurezza per queste esperienze a diversi livelli, vale a dire studenti, pazienti, educatori, le Aziende Sanitarie e Università. Queste linee guida sono state sviluppate attraverso un processo di consenso che coinvolge tutte le 27 Commissioni Nazionali che guidano i corsi di laurea e di laurea magistrale delle professioni sanitarie in diverse discipline e infine approvate dal Consiglio Nazionale della Conferenza Permanente il 23 aprile 2020

Parole chiave: tirocini professionalizzanti, covid-19, turnazioni cliniche, competenze

Abstract

Healthcare Professional education both at the Bachelor and at the Master levels in Italy are all facing important challenges due to the COVID-19 outbreak requiring unprecedented decisions especially with regards to clinical rotations. According to national laws, immediately after the outbreak, internship for healthcare professions had been kept left unchanged; however, while theoretical activities resumed almost immediately in remotely, skill laboratories and clinical rotations have been suspended throughout Italy, largely by joint decision of the Health Care Trusts and Universities due to different reasons, mainly related with the need to ensure safe and effective learning rotations. The main purpose of these Guidelines is to support Universities to address decisions on how to redesign, re-initiate, manage, and evaluate clinical training rotations at the time of COVID-19 by ensuring the highest quality and safety for these experiences at different levels, namely students, patients, educators, Health Care Trusts and Universities. These Guidelines have been developed through a consensus process involving all 27 National Commissions leading Bachelors and Master Degrees in different disciplines and finally approved by the National Board of the Permanent Conference on the 23rd of April 2020.

Keywords: CLINICAL LEARNING ROTATIONS, covid-19, internship for healthcare professions, competence

1. Il contesto

Alla fine di febbraio 2020 i Corsi di Studio delle Lauree Sanitarie e delle Lauree Magistrali hanno subito una importante modificazione nelle attività didattiche, di laboratorio e professionalizzanti/stage a causa della

situazione emergenziale COVID-19 che ha colpito il Paese. Da subito il DPCM (a) dell'8 marzo (...[omissis] sono sospesi [omissis] le Università ad esclusione dei corsi per i medici in formazione specialistica e dei corsi di formazione specifica in medicina generale, nonché delle attività dei tirocinanti delle professioni sanitarie) e (b) del 10 aprile (art. 1, comma k, [omissis] "...sono esclusi dalla sospensione i corsi di formazione specifica in medicina generale. I corsi per i medici in formazione specialistica e le attività dei tirocinanti delle professioni sanitarie e medica possono in ogni caso proseguire anche in modalità non in presenza") avevano affermato che il tirocinio per le Professioni Sanitarie poteva comunque continuare. Tuttavia, mentre le attività didattiche sono riprese quasi immediatamente in modalità a distanza, i laboratori e le attività professionalizzanti/stage sono stati sospesi in tutta Italia, prevalentemente per decisione congiunta Aziende Sanitarie/Atenei come emerge da una survey condotta da questa Conferenza.

Dopo una prima fase di consultazione interna, la Conferenza aveva partecipato allo sviluppo di una Mozione Congiunta delle tre Conferenze fatta propria il 30 marzo 2020 dalla Conferenza dei Rettori delle Università Italiane ed avente per oggetto "Modalità di svolgimento dei tirocini di area sanitaria nel periodo di emergenza". Nella Mozione, dopo aver evidenziato criticità in merito all'espletamento dei tirocini pratici dei Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie e Mediche, ivi compresi quelli finalizzati al conseguimento dell'abilitazione professionale, erano state avanzate proposte per riuscire ugualmente a consentire a tutti gli interessati la conclusione del necessario tirocinio e la relativa abilitazione.

Con il Decreto-Legge 8 aprile 2020, n. 22, recante "Misure urgenti sulla regolare conclusione e l'ordinato avvio dell'anno scolastico e sullo svolgimento degli Esami di Stato" e, in particolare, con l'articolo 6, comma 2, si disponeva che con appositi decreti potevano essere individuate "...modalità di svolgimento diverse da quelle ordinarie, ivi comprese modalità a distanza, per le attività pratiche o di tirocinio previste per l'abilitazione all'esercizio delle professioni di cui al comma 1, nonché per quelle previste nell'ambito dei vigenti ordinamenti didattici dei Corsi di Studio, ovvero successive al conseguimento del titolo di studio, anche laddove finalizzate al conseguimento dell'abilitazione professionale".

Quindi, con il successivo Decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca del 9 aprile 2020, art. 2 'Lauree delle classi delle Professioni Sanitarie' si è definito quanto segue:

1. Con riguardo alle Classi delle Lauree delle Professioni Sanitarie gli Atenei sono autorizzati:

a) a consentire lo svolgimento di una congrua parte del tirocinio con tecniche a distanza su competenze selezionate, garantendo in ogni caso il raggiungimento del monte ore previsto e degli obiettivi formativi della classe di laurea di appartenenza dello studente;

b) a consentire la conclusione degli studi agli studenti del terzo anno estendendo ove necessario la durata ordinaria della sessione di laurea di norma prevista nel periodo ottobre-novembre.

Al successivo art. 3 'Attività di volontariato' si è definito quanto segue

1. Le eventuali attività di volontariato in supporto emergenziale nell'ambito delle strutture sanitarie, svolte dagli studenti iscritti all'ultimo anno del corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia e dei Corsi di Laurea in Professioni Sanitarie, opportunamente certificate, sono valutabili dagli atenei, nell'ambito della propria autonomia didattica, in termini di CFU necessari al conseguimento del titolo di studio.

Con successiva nota del 14 aprile 2020, il Ministro dell'Università e della Ricerca nel contesto di una nuova programmazione delle attività degli Atenei ha identificato un primo schema organico di azioni in cui si prospetta alla conclusione della fase 1 di lockdown, una fase 2 presumibilmente relativa al periodo da maggio ad agosto, ed una fase 3 relativa al successivo periodo da settembre fino a gennaio 2021. In tale nota, è ribadita la necessità di garantire per le attività da svolgersi in presenza, l'adozione delle misure di sicurezza indicate nei provvedimenti emanati dalle autorità competenti. Tra queste attività 'in presenza' si colloca il tirocinio.

I tirocini dei Corsi di Studio delle Lauree Sanitarie e delle Lauree Magistrali costituiscono la parte irrinunciabile della formazione dei futuri professionisti della salute perché capaci di generare e consolidare le competenze attese dai profili professionali ad un livello iniziale ed avanzato e sviluppare una solida identità professionale attraverso processi di apprendimento dall'esperienza, dalla pratica e di socializzazione anticipatoria al lavoro. Per la sua irrinunciabilità e rilevanza (=60 CFU per le Lauree Triennali, 30 CFU per le Lauree Magistrali), il tirocinio è da sempre realizzato in 'presenza' per la totalità del monte ore previsto.

Riavviare i tirocini in un contesto profondamente mutato e riprogettarne, laddove necessario, una 'congrua parte con modalità a distanza', impone una visione complessiva capace di guidare scelte senza precedenti al fine di assicurare esperienze di apprendimento di qualità generatrici di competenze non inferiori a quelle apprese in 'presenza'.

2. I principi di fondo

Sono principi di fondo di queste Linee di indirizzo:

- garantire omogeneità a livello nazionale degli esiti formativi attesi per ciascun profilo professionale, pur in una situazione emergenziale di forte differenza da sede a sede;
- assicurare la massima flessibilità delle soluzioni possibili nei diversi contesti e nei tempi individuati dai singoli Atenei/Corsi di Studio;
- limitare le misure adottate alla fase emergenziale e di estrema eccezionalità che il Paese sta vivendo.

I tirocini possono essere riavviati quando le condizioni di sicurezza per gli studenti sono garantite, ovvero laddove sono disponibili (a) dispositivi di protezione individuale, (b) contesti di apprendimento capaci di assicurare opportunità di apprendimento in sicurezza, (c) un sistema tutoriale (Tutor/Assistenti/Guide) capace di assicurare la supervisione necessaria.

3. Corsi di Laurea abilitanti alle 22 Professioni Sanitarie: gli indirizzi

I tirocini vanno riavviati considerando quattro fasi: (1) fase preparatoria, (2) fase della riprogettazione, (3) fase della realizzazione e (4) fase della valutazione.

3.1 **Nella fase preparatoria** di riavvio dei tirocini si raccomanda di considerare i seguenti aspetti:

- Lavorare in stretta sinergia con la dirigenza della rete formativa di riferimento del Corso di Studio (da qui in poi, CdS) nonché con il Medico Competente e il Servizio Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria delle Aziende in convenzione.
- Attivare un'azione coordinata da parte del Coordinatore del Responsabile/Direttore della Didattica Professionalizzante con le strutture competenti sia di parte aziendale che universitaria al fine di verificare le precondizioni per avviare i tirocini.
- Assicurarsi che la decisione sia assunta congiuntamente, come espressione della condivisa responsabilità – di parte aziendale e universitaria - di assicurare la formazione professionalizzante degli studenti delle lauree sanitarie come una delle priorità del Paese.
- Esplorare con la rete di riferimento l'offerta possibile di tirocinio per condizioni di sicurezza, numerosità, contesti e livelli di supervisione nella piena consapevolezza che le condizioni preesistenti potrebbero essere profondamente mutate.
- Analizzare la fattibilità di un riavvio in 'presenza' valutando con le sedi della rete formativa il "il debito formativo", ovvero la quantità di CFU/ore necessari agli studenti per completare il tirocinio tenendo conto del criterio temporale (=numero di ore mancanti rispetto alla programmazione ordinaria) e

- delle "competenze core" da acquisire per completare l'anno di corso. A tal fine si suggerisce di considerare
- (1) i CFU attesi dal proprio ordinamento per ciascun anno di corso, quelli già realizzati e quelli mancanti;
 - (2) la fattibilità di un eventuale spostamento di CFU da un anno all'altro (ad esempio, dal primo al secondo) presidiandone (a) i rischi: eccesso di crediti nell'anno successivo, appesantimento delle sedi di tirocinio che potrebbero comunque avere difficoltà ad assicurare i tirocini attesi, effetto sui sistemi premiali degli studenti (ad esempio, accesso alle borse di studio), ed i (b) benefici: ridurre la pressione sulle strutture sanitarie, assicurare una ripresa graduale;
 - (3) l'ammontare dei CFU attesi per il tirocinio: con particolare riferimento agli studenti del terzo anno, qualora l'ordinamento didattico preveda CFU > 60 per i tirocini, dare priorità alla realizzazione di quelli obbligatoriamente attesi (=60) riprogettando in altre modalità quelli programmati in eccesso.
- Considerare nell'analisi della fattibilità anche le risorse tutoriali (Tutor di tirocinio/Assistenti/Guide) al fine di assicurare la supervisione attesa. A tal fine, concertare con le strutture dedicate alla formazione permanente pacchetti formativi ad hoc sulle competenze tutoriali per eventuali esigenze formative di neo Tutor/Assistenti/Guide.
 - Considerare altresì le effettive casistiche/opportunità formative ed il loro progressivo ripristino: numerose attività assistenziali, cliniche, riabilitative, preventive o tecniche hanno subito profonde rivisitazioni nel periodo emergenziale e la loro progressiva ripresa va monitorata nel tempo anche per le finalità dei tirocini.
 - Assicurare alle strutture sanitarie i tempi necessari per la riorganizzazione delle proprie unità operative/strutture anche pianificando riprese graduali e modificando la propria pianificazione didattica anticipando eventuali periodi didattici (lezioni) al fine di posticipare l'avvio dei tirocini quanto più possibile.
 - Condividere l'esigenza di assicurare priorità agli studenti del 3° anno ma un'attenzione adeguata anche agli studenti del 1° e del 2° anno al fine di assicurare equità nell'accesso alle limitate opportunità formative e la possibilità di graduare l'impegno delle strutture su gruppi diversificati di studenti.
 - Riconsiderare quindi la pianificazione iniziale di anno alla luce dell'offerta possibile e dell'analisi di fattibilità, rivedendo i contesti, i tempi e la numerosità degli studenti assorbibili, ed identificando la congrua proporzione di attività da realizzare con tecniche a distanza.
 - Concertare le esigenze di sorveglianza sanitaria degli studenti prima di accedere, durante e dopo i tiro-

cini, nonché la disponibilità/fornitura di dispositivi di protezione individuale e di ogni altro dispositivo necessario.

- Concertare i prerequisiti di conoscenza che gli studenti devono conseguire prima di accedere ai tirocini (ad esempio, realizzazione corso FAD ISS o altri corsi anche a valenza aziendale) integrativi di quelli obbligatori previsti in materia di sicurezza sul lavoro.
- Concordare i dati e i metodi di monitoraggio dell'andamento dei tirocini e il sistema di allerta (ad esempio, in caso di contagi) definendo preventivamente con il Medico Competente e/o il Servizio Prevenzione-Protezione opportuni protocolli di comportamento.
- Considerare l'eventualità di continue rimodulazioni della riprogettazione dei tirocini alla luce delle mutevoli condizioni, individuando un sistema snello ed efficace di contatti e consultazioni periodiche al fine di verificare se le analisi iniziali e le scelte successive rimangono valide nel tempo.

Al fine di assicurare la ripresa e scelte di fondo coerenti si raccomanda, laddove possibile, un coordinamento unitario della fase preparatoria tra tutti i CdS di uno stesso Ateneo attraverso sistemi di raccordo inter o intra-dipartimentali al fine di assicurare verso le aziende un approccio armonico - pur rispettoso delle diverse specificità.

3.2 Nella fase di riprogettazione dei tirocini si raccomanda di:

- Identificare le competenze core da raggiungere e su cui orientare la riprogettazione del tirocinio: le competenze core devono riflettere una formazione coerente al Profilo Professionale atteso ed alla Classe di Laurea di appartenenza. Per tutti i CdS, tuttavia, è ritenuta prioritaria la competenza di agire in sicurezza nei confronti di pazienti/situazioni emblematiche/casistiche. A fianco a questa, ciascun CdS individua le competenze attese (dalla Scheda SUA, da documenti nazionali o di Ateneo) e indica, a fianco di ciascuna, le modalità con cui tali competenze saranno raggiunte (tirocini in presenza o con tecniche a distanza).
- Riprogettare il 'debito formativo' (CFU/ore di tirocinio) in accordo all'analisi di fattibilità condotta nella fase preparatoria considerando le seguenti modalità didattiche in accordo alle condizioni/risorse locali ed alle competenze da sviluppare:
 1. attività in presenza (tirocinio pratico): è l'attività da privilegiare nei contesti in cui le condizioni date lo rendono possibile. Comprendono attività al letto del paziente e quelle che, ancorché in presenza, non si esprimono a diretto contatto con il paziente o situazioni/contesti (es.: attività di

back-office, gestione telefonica di informazione e flussi, sviluppo di piani educativi, riabilitativi).

2. attività con tecniche a distanza (MUR 9 aprile 2020, art .2)

2.1 e-learning: sono ricomprese le sessioni di briefing, debriefing, discussione di casi clinici, discussione di problemi a valenza etica, risoluzione di esercizi/problemi con guida/supervisione, risoluzioni di casi dati/scenari o su pazienti simulati, simulazione a distanza (casi/procedure virtuali), analisi critica di testimonianze di esperti (pazienti, operatori) sia in modalità sincrona che asincrona.

2.2 laboratorio: sono ricomprese attività di piccolo gruppo in cui gli studenti accedono ai setting (ad esempio, centro di simulazione) per apprendere competenze procedurali, tecniche, relazionali o cognitive.

2.3 studio individuale: esempio elaborare un report, realizzare un pacchetto di auto-apprendimento (corso FAD ISS).

Le attività di cui al punto 2.1, 2.2, 2.3 sono intese a compensazione/integrazione del tirocinio in presenza e, pertanto, saranno conteggiate in quest'ultimo.

Nella riprogettazione delle attività si suggerisce di offrire un ventaglio di opportunità e di assicurare approcci diversificati capaci di stimolare i diversi stili di apprendimento e bisogni degli studenti, evitando l'ulteriore isolamento (attraverso un approccio troppo basato, ad esempio, sullo studio individuale). A tal fine si suggerisce di offrire in modo equilibrato anche in accordo alle competenze da raggiungere

a. tecniche attive basate sulla realtà estesa (es. che assicurano una immersione nella realtà virtuale per la gestione di un caso), sull'apprendimento esperienziale in gruppo (es. discussione di casi in gruppo guidati da un Tutor), e sui sistemi di informatizzati (es. casi autogestiti con sistema di intercettazione di risposte giuste/corrette tipo app);

b. tecniche a distanza sincrona (es. in co-presenza di studenti/tutor/docenti) e asincrona (che non prevedono contestuale presenza, es. video on demand, pacchetti di autoapprendimento, casi autogestiti).

- Assicurarsi che la natura delle competenze attese siano coerenti alla metodologia di apprendimento utilizzata rendendo trasparente il processo sotteso accompagnando l'elenco delle competenze alla modalità di didattica prevalente decisa: si fornisce a tal proposito un esempio.

Competenza core: lo studente è in grado di	Modalità didattica prevalente
Discutere problematiche a valenza etico/deontologica della pratica assistenziale (Descrittore di Dublino: "Autonomia di giudizio")	Tecniche a distanza, discussione di casi a valenza etica
Individuare priorità assistenziali, riabilitative, tecniche, preventive su popolazioni e/o gruppi di pazienti o processi (Descrittore di Dublino: "Autonomia di giudizio")	Tecniche a distanza, discussione di casi
Monitorare l'andamento clinico del paziente riconoscendo anticipatamente il declino (Descrittore di Dublino:...)	Tirocinio in presenza
Somministrare la terapia farmacologica in sicurezza assicurando le valutazioni preliminari e quelle successive (Descrittore di Dublino: ...)	Tirocinio in presenza
Consolidare abilità tecniche/procedurali (Descrittore di Dublino:...)	Laboratorio
Individuare gli interventi più efficaci per una data situazione assistenziale o educativa (Descrittore di Dublino: ...)	Tecniche a distanza, studio individuale e produzione di reportistica

Le attività di tirocinio con tecniche a distanza saranno:

- a. attivate quando ci sono dei vincoli da parte dei servizi ad accogliere gli studenti: in tal caso, le tecniche a distanza devono essere riferite alle competenze che si sarebbero dovute raggiungere con il tirocinio previsto dall'ordinamento per l'anno di corso. Tali tecniche possono essere erogate nella misura non superiore al 15% per i profili come quello dell'Ostetrica/o che deve rispettare standard in accordo alle Direttive Europee e fino ad un massimo del 40% per altri CdS. In situazioni eccezionali causate dalla intensità della pandemia, sarà possibile ricorrere a tali tecniche in misura superiore motivandone le ragioni nonché il previsto impatto sugli esiti formativi finali;
- b. obbligatorie per lo studente perché concorrono a completare i CFU previsti per il tirocinio. Un CFU di tirocinio con tecniche a distanza può impegnare lo studente per la metà del tempo nelle esercitazioni guidate e per l'altra metà per lavori preparatori o di studio successivo su mandato affidato dal Docente/Tutor.

Nella riprogettazione dei tempi per massimizzare la fattibilità dei tirocini in presenza si suggerisce di:

- a. utilizzare il periodo estivo, agosto compreso, anche al fine di proteggere le strutture sanitarie dal rischio di un sovraccarico di studenti e un adeguato tempo di riorganizzazione dopo l'episodio pandemico;
 - b. recuperare tempo utile da dedicare ai tirocini rivedendo i periodi programmati di silenzio didattico per esami, assicurando tuttavia nelle giornate di esame la sospensione del tirocinio;
 - c. utilizzare il periodo autunnale vista la possibilità prevista dal DMUR di prolungare la sessione di tesi di laurea per gli studenti del 3° anno.
- Selezionare i contesti di tirocinio in accordo alla rete formativa di riferimento: nella loro identificazione si suggerisce di:
- a. assicurare le condizioni di sicurezza stabilite tra le parti nella fase preparatoria;

- b. offrire esperienze significative su profili di pazienti/procedure/tecniche o situazioni emblematiche all'anno di corso frequentato superando pertanto la classica articolazione dei tirocini per strutture/reparti che non necessariamente riflettono la struttura organizzativa che i servizi sanitari si sono dati durante l'emergenza. Pertanto, alla luce di una attenta analisi situazionale, potranno essere offerti tirocini in contesti anche diversi da quelli tradizionali;
 - c. decentrare il tirocinio, valorizzando contesti anche periferici al fine di (a) ridurre forme di sovrappollamento, nonché (b) assicurare esperienze di tirocinio prossime agli studenti agendo pertanto sugli spostamenti evitabili.
- Decidere la numerosità delle rotazioni/studenti e la durata: nella scelta della durata di ciascuna esperienza di tirocinio nonché dei contesti da frequentare si raccomanda di:
- a. assicurare esperienze di tirocinio significative, di lunga durata, capaci di limitare al massimo i rischi associati a spostamenti da un contesto all'altro;
 - b. evitare tirocini brevi che, offrendo prevalentemente apprendimenti osservazionali, possono essere trasformati in modalità a distanza;
 - c. evitare una eccessiva densità studentesca attraverso accessi pianificati (vedi sezione successiva);
 - d. evitare forme di alternanza (ad esempio tirocinio mattina, lezioni pomeriggio) per limitare al massimo i rischi associati a spostamenti da un contesto all'altro.
- Rivedere, laddove necessario, gli strumenti di supporto all'apprendimento (schede degli obiettivi, strumenti di valutazione delle competenze) in accordo ai metodi didattici attivati al fine di assicurare coerenza del progetto complessivo.
- Pianificare l'integrazione delle modalità in presenza e con tecniche a distanza: a tal fine sono possibili più soluzioni rappresentate di seguito.

Livello di integrazione	Sequenza del modello
Integrazione orizzontale (tipo 'block system')	Tecniche a distanza (es. mese di maggio), -> Tirocinio in presenza (ad esempio mesi successivi)
Integrazione verticale	Tecniche a distanza (es. 30 min di briefing prima di accedere alle strutture), -> Tirocinio in presenza (4 ore), -> Tecniche a distanza (1.5 ore di debriefing ancorati sull'esperienza appena realizzata)
Integrazione mista	Combinazione dei precedenti modelli oppure

- Riprogettare l'esame di tirocinio: (a) nei tempi, posticipandone la realizzazione in tempi compatibili con il completamento delle attività ripianificate, (b) nelle modalità, in accordo alla possibilità concreta di realizzarli in presenza, e nelle (c) prove, al fine di renderle coerenti a quanto realizzato. A tal fine si raccomanda di:

a. mantenere l'unitarietà dell'esame di tirocinio quale momento che certifica le competenze acquisite sia per i tirocini in presenza che con tecniche a distanza;

b. informare gli studenti sulla revisione dei tempi, delle modalità e delle prove degli esami di tirocinio.

- Discutere la riprogettazione complessiva del tirocinio negli organi collegiali competenti nonché garantire il pieno coinvolgimento delle rappresentanze studentesche al fine di (a) assicurare una responsabilità condivisa delle scelte anche sulle tecniche a distanza; (b) assicurare una bilanciata attenzione alle esigenze/attese degli studenti; (c) assumere gli atti necessari che richiedono collegialità.

- Condividere la riprogettazione con le parti istituzionali di riferimento (Ordini Nazionali e Provinciali) e gli stakeholder (ad esempio, Dirigenti delle Professioni) già coinvolti nella consultazione iniziale ed in itinere del CdS.

3.3 Nella fase di realizzazione dei tirocini si raccomanda di:

- Assicurare agli studenti la libertà di decidere se frequentare i tirocini in presenza oppure no: si raccomanda di evitare forme coercitive e di accogliere la scelta degli studenti di procrastinare l'inizio del tirocinio.

- Informare gli studenti sul processo di ripianificazione e sui principi di sicurezza da seguire durante la presenza in tirocinio.

- Definire procedure per gli studenti in caso di sintomi e necessità di sospendere il tirocinio; documentare il progetto formativo dello studente in osservanza anche degli aspetti assicurativi.

- Bilanciare la quantità di studenti per ciascun con-

testo al fine di evitare sovraccarichi: per i CdS ad elevata numerosità o quelli in cui le scarse opportunità delle sedi limitano in modo importante la realizzabilità dei tirocini, tale bilanciamento può essere realizzato alternando l'attività in presenza con quelle a distanza.

- Evitare esposizione a momenti critici di sovraccarico (negli spogliatoi, nei momenti di consegna tra un turno e l'altro, nei mezzi pubblici) ad esempio posticipando l'avvio del tirocinio (dalle 700 di un tempo alle 730) e anticipandone la chiusura (dalle 1400 di un tempo alle 1300).

- Bilanciare la durata della singola giornata di tirocinio, valutandone vantaggi e svantaggi: ad esempio, contenere l'esigenza di rinnovare i DPI nei tirocini a durata limitata; oppure contenere gli spostamenti nei tirocini di lunga durata. A tal fine, per massimizzare le opportunità di tirocinio in presenza, la giornata potrebbe essere divisa in due parti: una parte nel contesto assistenziale ed una di back-office al fine di ridurre l'uso dei DPI, evitare cambi degli stessi riducendone il consumo, ed assicurare migliori condizioni per lo stesso studente (es. limitare il disagio dell'uso prolungato dei DPI).

- Assicurare un sistema di monitoraggio e sorveglianza dei tirocini in presenza al fine di individuare situazioni critiche rispetto alle attività svolte (ad esempio, studenti non impegnati in attività coerenti con le competenze attese) ed alla sicurezza.

- Assicurare un sistema di monitoraggio e valutazione dei tirocini con tecniche a distanza al fine di monitorarne l'efficacia complessiva.

- Assicurare strategie di integrazione dei due momenti formativi (tirocinio in presenza e con tecniche a distanza) al fine di garantire, anche in fase applicativa, massima coerenza del progetto formativo complessivo.

3.4 Nella fase di valutazione complessiva della riprogettazione

- Individuare sistemi di controllo e monitoraggio della qualità delle scelte pedagogiche al fine di monitorare il raggiungimento degli standard di competenza attesi.

- Monitorare e condividere le esperienze condotte al fine di rendere disponibili ai CdS della stessa Classe di Laurea o di altre Classi sperimentazioni efficaci al fine di un mantenimento elevato della qualità della formazione delle Professioni Sanitarie a tutti i livelli: a tal fine, la Conferenza Permanente si renderà promotrice di un sistema di messa in comune delle esperienze realizzate.

4. Corsi di Laurea Magistrale: gli indirizzi

Considerato che i Corsi di Laurea Magistrale hanno modalità molto articolate nell'espletamento degli stage e nella distribuzione dei CFU sui due anni, alcuni degli indirizzi e dei principi contenuti in queste Linee

di Indirizzo potranno essere utili anche per la ripresa dei tirocini in questo contesto mentre altri aspetti dovranno essere decisi dalle sedi in base all'analisi della situazione locale.

5. Aspetti Conclusivi

I CdS attiveranno forme di monitoraggio e valutazione della qualità delle competenze raggiunte dagli studenti e sistemi che tengano traccia dei cambiamenti introdotti anche al fine di comprenderne l'efficacia e distinguere quali azioni stanno rispondendo ad una situazione emergenziale e quali, invece, hanno la potenzialità di trasformare il sistema formativo innalzandone la sua qualità.



Formazione degli studenti italiani delle professioni sanitarie in ambito di “Preparazione e contrasto dell’emergenza sanitaria da nuovo coronavirus SARS-CoV-2” attraverso un corso e-learning: studio trasversale

Training of Italian health professions students for “Preparation and contrast of the health emergency from SARS-CoV-2, the novel coronavirus” through an e-learning course: a cross-sectional study

A cura della **Conferenza Permanente Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie**

Donatella Valente^a, Anna Berardi^a, Marco Tofani^a, Alfonso Mazzaccara^b, Giovanni Galeoto^a ^e

^aUniversità degli studi di Roma “La Sapienza”; ^bIstituto Superiore di Sanità

Riassunto

Obiettivo: l’obiettivo dello studio è quello di valutare le conoscenze e competenze apprese dagli studenti delle professioni sanitarie delle università italiane attraverso un corso di formazione e-learning sul COVID-19.

Materiali e Metodi: si è deciso di utilizzare la piattaforma Google Classroom per erogare il corso creato dal gruppo della Formazione a Distanza dell’Istituto Superiore di Sanità. Per poter accedere al corso i partecipanti dovevano essere iscritti ai Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie delle Università Italiane. Per la valutazione delle competenze e conoscenze è stato somministrato un questionario in due tempi diversi (test iniziale e test finale).

Risultati: hanno partecipato allo studio 25479 studenti dei Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie delle Università Italiane. È stato ottenuto un miglioramento statisticamente significativo delle competenze degli studenti con una $p < 0.05$.

Conclusioni: è possibile affermare che sono stati formati gran parte degli studenti delle professioni sanitarie delle università italiane e che gli studenti hanno dichiarato di essere altamente soddisfatti sia dei contenuti del corso che della gestione della piattaforma telematica.

Parole Chiave: Formazione a distanza, Corsi di Laurea, Covid-19, Istituto Superiore di Sanità

Abstract

Objective: the objective of the study is to evaluate the knowledge and skills learned by health professions students at Italian universities through an e-learning course on COVID-19.

Materials and Methods: it was decided to use the Google Classroom platform to deliver the course created by the Distance Education Group of the Italian National Health Institute. In order to access the course, participants had to be enrolled in the Degree Courses of the Health Professions of the Italian Universities. For the evaluation of skills and knowledge, a questionnaire was administered two different times (initial test and final test).

Results: 25479 Health Professions students from the Italian Universities participated in the study. It was obtained a statistically significant improvement in student skills ($p < 0.05$).

Conclusions: it is possible to affirm that most of the health professions students at Italian universities have been trained and that students have declared to be highly satisfied both with the course content and with the management of the telematic platform.

Key words: Distance learning, Degree courses, Covid-19, Higher Institute of Health

Introduzione

La sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2) è un importante patogeno che colpisce principalmente il sistema respiratorio umano. Il 30 gennaio 2020, l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato la diffusione della malattia da coronavirus (COVID-19) come un’emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale. A questo proposito, in tutto il mondo, come in Italia sono state necessarie misure restrittive estese per ridurre la trasmissione da persona a persona della SARS-CoV-2 e per controllare l’epidemia. Particolare attenzione e sforzi per proteggere o ridurre la trasmissione sono stati applicati nelle popolazioni sensibili, inclusi bambini, operatori sanitari e persone anziane. I Paesi di tutto il mondo stanno continuamente implementando misure per rallentare la diffusione del coronavirus, dalle quarantene nazionali alle chiusure delle scuole, tuttavia molte università italiane hanno avuto numerosi studenti che frequentavano i reparti ospedalieri durante l’emergenza COVID-19. La formazione degli operatori sanitari e degli studenti si è resa necessaria per facilitare le buone pratiche, divulgare le conoscenze su COVID-19 e ridurre al minimo il contagio tra gli studenti che stavano completando le ore di tirocinio.

Il D.P.C.M. dell’8 Marzo 2020, che conteneva ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19, ha sospeso i tirocini di area medica mentre ha permesso lo svolgimento dei corsi per i medici in formazione specialistica e le attività di tirocinio delle professioni sanitarie, previa

dotazione di dispositivi di protezione individuale.

L'11 marzo 2020, il Direttore Generale dell'OMS ha dichiarato ufficialmente l'epidemia di coronavirus nel 2019 (COVID-19) una pandemia (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2020).

Il 28 febbraio 2020, nell'ambito della normativa italiana sull'educazione medica continua, l'Istituto Superiore Sanità (ISS) ha creato un corso con l'obiettivo di formare il personale sanitario sull'emergenza sanitaria dovuta alla SARS CoV-2, facendo uso delle prove scientifiche disponibili e fonti ufficiali di informazioni e aggiornamenti (<https://www.edu-iss.it/course/index.php?IDCategoria=51>). Esperti con diversi background hanno sviluppato il corso. Un gruppo di esperti dell'ISS ha creato i contenuti scientifici mentre esperti su metodi di e-learning hanno creato la struttura del corso. Il metodo di apprendimento selezionato per sviluppare il corso di e-learning si basava sull'integrazione di Problem Based Learning (PBL), una metodologia di apprendimento attivo.

Il 26 Marzo 2020 l'Università Sapienza di Roma inizia ad erogare il corso per gli studenti dei corsi di studio delle professioni sanitarie su richiesta del Presidente dell'ISS.

Lo scopo del presente studio è quello di valutare le conoscenze e le competenze apprese dagli studenti delle professioni sanitarie delle università italiane attraverso un corso di formazione e-learning sul COVID-19. L'obiettivo secondario è valutare la qualità del corso percepita dallo studente attraverso un questionario di gradimento.

Materiali e Metodi

Il 26 Marzo 2020 il gruppo di ricerca, che aveva già esperienza nella gestione di corsi online, ha iniziato a erogare il corso su indicazione e sollecitazione del Presidente dell'ISS. Si è deciso di utilizzare la piattaforma Google Classroom riportando fedelmente il materiale del corso creato dal gruppo della Formazione a Distanza (FAD) dell'ISS.

Come primo passo è stato creato un indirizzo e-mail specifico (corsonuovocoronavirus@gmail.com) per amministrare i corsi e utile per fornire supporto agli studenti. Sono state generate 120 classi gemelle e la linea guida per la registrazione. Tutto il materiale è stato condiviso con gli studenti di tutte le università italiane attraverso le commissioni nazionali della Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie. In particolare, il gruppo

di ricerca ha inviato la linea guida alla giunta della Conferenza, e ogni Presidente e Vice-Presidente delle singole commissioni hanno a loro volta inviato la linea guida per l'accesso ai Presidenti e Direttori Didattici dei Corsi di Studio delle Università Italiane.

Popolazione e procedure

Per poter accedere al corso i partecipanti dovevano essere iscritti ai Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie delle Università Italiane. La partecipazione al corso era volontaria sia per l'università, per il corso di studio e per gli studenti. Al momento dell'iscrizione, i partecipanti sono stati informati delle modalità e degli obiettivi del progetto. A tutti gli studenti sono stati somministrati digitalmente: un test iniziale ed un test finale. I risultati dei test sono stati comunicati individualmente agli studenti partecipanti e non hanno influito sulla valutazione in corso o sulla valutazione finale, mentre i dati aggregati sono stati trasmessi ai coordinatori dei corsi di studio coinvolti e ai referenti universitari.

Corso E-learning "Emergenza sanitaria dal nuovo SARS CoV-2 Coronavirus: preparazione e contrasto"

Il corso è stato strutturato in tre unità di apprendimento; l'obiettivo generale del corso di e-learning era aggiornare i partecipanti sui concetti principali del COVID-19 e guidare gli operatori sanitari e gli studenti nella pratica clinica.

Le tre unità e i relativi obiettivi di apprendimento specifici erano i seguenti:

1. Caratteristiche della situazione internazionale e nazionale dell'emergenza sanitaria dovuta alla SARS CoV-2;
2. Sorveglianza, individuazione e gestione di casi sospetti;
3. Informazioni per gli operatori sanitari per la prevenzione, l'identificazione e il controllo in contesti clinici.

Il corso prevedeva 16 ore di lezioni attraverso slide e video, e doveva essere completato entro quattro settimane dall'iscrizione.

Strumenti di valutazione

Per la valutazione delle competenze e conoscenze è stato somministrato un questionario in due tempi diversi (test iniziale e test finale). Il questionario doveva essere compilato all'ingresso e al termine

del corso. Il test è composto da 31 domande a risposta multipla con 4 opzioni di risposta dove risultava esatta una sola opzione. Per ottenere il certificato di partecipazione lo studente doveva totalizzare un punteggio maggiore o uguale a 23. (Allegato 1).

Per la valutazione della qualità del corso è stato utilizzato un questionario di gradimento con 18 domande alle quali era possibile attribuire un punteggio da 1 a 5 (non sono d'accordo- affatto-completamente d'accordo). (Allegato 2).

Analisi statistica

È stata effettuata un'analisi descrittiva del campione e sono state valutate le percentuali degli studenti che hanno superato il corso e le percentuali di risposta al questionario di gradimento. Inoltre,

è stato utilizzato un test t di student per campioni appaiati per la valutazione del miglioramento delle competenze attraverso il punteggio al test d'ingresso ed al test finale (pre-post test) ed è stato valutato come significativo un valore al test con una $p < 0.05$. L'analisi statistica è stata eseguita utilizzando IBM SPSS versione 23.00.

Risultati

Da aprile a maggio 2020 hanno partecipato al corso 25479 studenti dei Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie delle Università Italiane. 1172 (4,6%) studenti hanno continuato le attività di tirocinio e di questi il 28% è entrato in contatto con un paziente positivo al COVID-19. Le caratteristiche del campione sono presenti in tabella 1.

Tabella 1. Caratteristiche del campione

	Campione N° 25479
Età (media±DS)	22,78±4.7
Genere femminile n(%)	18790(73,3)
Corsi di Studio n(%)	
I classe	14227(56)
II classe	5446 (21)
III classe	3913 (15)
IV classe	1289 (5)
Laurea Magistrale	432 (2)
Laurea Magistrale Ciclo Unico	170 (1)
Università n(%)	
Nord	8121 (31,9)
Centro	13073 (51,3)
Sud	4285 (16,8)
Anno di corso n(%)	
I	8162(32)
II	8109 (31,8)
III	7942 (31,2)
IV	77 (0,3)
V	28 (0,1)
VI	36 (0,1)
Fuori corso	1125 (4,5)
Studenti impegnati nelle attività di tirocinio n(%)	
Si	1172 (4,6)
No	24307 (95,4)
Studenti entrati in contatto con pazienti positivi al COVID-19 n(%)	
Si	331 (28)
No	841 (72)

Dalla valutazione inferenziale attraverso il test t di student per campioni appaiati si può asserire che è stato ottenuto un miglioramento delle competenze degli studenti statisticamente significativo con una $p < 0.05$ (tabella 2) in tutte le classi di laurea.

Tabella 2 Valutazione pre e post test (t di student per campioni indipendenti)

Corso di studi	Test iniziale media \pm DS	Test finale media \pm DS	t	p
I Classe	24,53 \pm 4,069	28,44 \pm 2,888	-90,507	0,001*
II Classe	24,52 \pm 4,033	28,98 \pm 2,471	-66,725	0,001*
III Classe	24,48 \pm 3,918	28,63 \pm 2,654	-54,192	0,001*
IV Classe	24,39 \pm 4,013	28,68 \pm 2,758	-29,978	0,001*
Laurea Magistrale	24,85 \pm 4,216	28,45 \pm 2,612	-14,587	0,001*
Magistrale Ciclo Unico	25,15 \pm 4,597	28,92 \pm 2,983	-7,938	0,001*

* $p < 0.05$

Dalla valutazione del campione è possibile asserire che solo il 3,3% non ha superato il corso ottenendo al test finale un punteggio al di sotto di 23. All'interno della tabella 3 sono riportate le percentuali per classe di corso di studio.

Corso di studi	Test finale ≥ 23 N(%)	Test finale < 23 N(%)
I Classe	13646 (95,9)	581 (4,1)
II Classe	5339 (98)	107 (2)
III Classe	3870 (98,9)	49 (1,1)
IV Classe	1182 (91,7)	107 (8,3)
Laurea Magistrale	419 (97)	13 (3)
Magistrale Ciclo Unico	166 (97,6)	4 (2,4)
Totale Campione	24618 (96,7)	861 (3,3)

Dalla valutazione delle risposte al questionario di gradimento è possibile osservare che a tutte le domande è stato ottenuto un punteggio in media maggiore di 4 (Range risposta 1-5).

Domande Questionario di Gradimento	1	2	3	4	5	Media \pm DS
1.1 Gli obiettivi del corso erano chiari (%)	0,1	0,6	7,7	41,7	49,9	4,41 \pm 0,67
1.2 Il contenuto era coerente con gli obiettivi del corso (%)	0,1	0,6	6,1	37,5	55,7	4,48 \pm 0,65
1.3 La metodologia didattica era efficace(%)	0,5	2,6	15,0	43,1	38,8	4,17 \pm 0,81
1.4 Il livello di trattazione era appropriato alle mie conoscenze(%)	0,2	1,3	13,3	46,0	39,1	4,23 \pm 0,74
1.5 Ho appreso concetti nuovi(%)	0,3	1,1	7,6	34,6	56,4	4,46 \pm 0,71
1.6 Ho acquisito nuove capacità(%)	0,8	2,9	16,9	41,0	38,4	4,13 \pm 0,85
1.7 Posso applicare quanto imparato in questo corso nella mia realtà di tirocinio(%)	0,7	2,0	13,1	38,0	46,2	4,27 \pm 0,81
2.1 La documentazione messa a disposizione era sufficiente per poter acquisire le informazioni necessarie(%)	0,3	1,0	9,5	41,9	47,3	4,35 \pm 0,72
2.2 La qualità della documentazione messa a disposizione era appropriata(%)	0,3	1,2	9,9	42,6	46,0	4,33 \pm 0,73
2.3 La documentazione messa a disposizione era aggiornata rispetto alla letteratura più recente(%)	0,4	1,4	10,8	41,3	46,2	4,31 \pm 0,75
2.4 L'organizzazione complessiva (articolazione del corso, tempi, valutazioni intermedie e finali) è stata soddisfacente(%)	0,4	1,7	12,1	43,6	42,2	4,25 \pm 0,76
2.5 La consultazione della Guida del partecipante è stata utile nell'orientarmi nel percorso didattico(%)	0,5	2,3	18,8	43,5	34,9	4,10 \pm 0,81
2.6 Le domande dei test erano sufficientemente chiare(%)	0,3	1,7	11,1	42,0	44,9	4,29 \pm 0,76
2.7 Il tempo a disposizione per eseguire i test era adeguato(%)	0,1	0,5	5,4	31,0	63,0	4,56 \pm 0,63
3.1 La qualità del supporto tecnico per questo evento di FAD è stata soddisfacente(%)	0,3	1,3	14,2	43,7	40,5	4,23 \pm 0,76
3.2 La qualità del tutoraggio per questo evento di FAD è stata soddisfacente(%)	0,4	1,7	17,7	43,9	36,4	4,14 \pm 0,79
4.1 Il funzionamento della piattaforma elettronica di erogazione di questo evento di FAD è stato adeguato(%)	0,7	2,6	11,9	39,3	45,6	4,27 \pm 0,82
4.2 Le modalità di accesso alla piattaforma erano semplici e immediate(%)	1,1	3,5	12,8	34,3	48,3	4,25 \pm 0,89

Discussione

La situazione emergenziale determinata dalla diffusione del COVID 19, ha indotto il Governo nazionale e le stesse Regioni e Province Autonome, ad adottare misure per la gestione e il contenimento dell'epidemia, anche nel campo dell'istruzione e della formazione professionale (Regioni 2020).

La misura di carattere generale è costituita dalla sospensione della frequenza di tutte le attività formative in presenza, in linea con quanto previsto dal DPCM 1 marzo 2020, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 1/3/2020, nonché dal DPCM 4 marzo 2020, pubblicato sulla GU n. 55 del 4/3/2020.

Tutte le Regioni e le Province Autonome han-

no adottato iniziative varie, volte in particolare a consentire il ricorso alla formazione a distanza/e-learning, in modo da assicurare – ove possibile – la continuità della formazione e la fruizione della stessa da parte dei destinatari.

A seguito del DPCM dell'8 marzo 2020 si è resa necessaria la formazione in materia di COVID-19 anche e soprattutto per gli studenti delle professioni sanitarie impegnati nelle attività di tirocinio professionalizzante.

L'obiettivo del lavoro era quello di valutare il miglioramento delle competenze in materia di preparazione e gestione dell'emergenza COVID-19 negli studenti delle professioni sanitarie attraverso

un corso e-learning organizzato dall'ISS e reso disponibile dalla Sapienza Università di Roma con il supporto dell'Associazione R.O.M.A..

Hanno partecipato al corso 25479 studenti. Dall'analisi dei punteggi ottenuti al test finale è possibile asserire che circa il 97% dei partecipanti ha acquisito nuove conoscenze e competenze in materia di COVID-19, ottenendo infatti un punteggio superiore a 23 reputato idoneo, dall'ISS, per il superamento del corso. Questo risultato è molto importante in quanto una rilevante percentuale di studenti ha dichiarato di frequentare gli ospedali anche durante la fase di emergenza. Dall'analisi inferenziale è possibile affermare che non ci sono differenze di miglioramento tra le classi di laurea e i differenti corsi di studio.

Ottimi risultati sono emersi anche dalla compilazione dei questionari di gradimento; a tutte le domande, poste agli studenti sulla percezione della qualità del corso, è stato ottenuto un punteggio in media maggiore di 4 su 5 che dimostra una buona qualità del corso.

Limiti dello studio

Questo studio presenta alcune limitazioni. Attualmente non esiste una piattaforma on-line gratuita che supporti più di 249 studenti per corso contemporaneamente, per questo motivo è stato necessario creare 120 classi gemelle. Inoltre, la piattaforma scelta non permetteva agli studenti il login attraverso una qualsiasi mail ed era presente un limite giornaliero alla visualizzazione dei contenuti all'interno delle singole classi.

Conclusioni

Nonostante i limiti riscontrati dalla gestione della piattaforma è possibile affermare che sono stati formati gran parte degli studenti delle professioni sanitarie delle università italiane e che gli studenti hanno dichiarato di essere altamente soddisfatti sia dei contenuti del corso che della gestione della piattaforma telematica.

Documenti e articoli di riferimento

- D.P.C.M. 8 marzo 2020. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A01522) (GU Serie Generale n.59 del 08-03-2020)
- Decreto direttivo n. 3478 del 14 aprile 2020. Documento del Ministro dell'Università e della Ricerca Gaetano Manfredi sul blocco delle poste. Disponibile all'indirizzo: <https://miur.gov.it/web/guest/-/decreto-direttoriale-n-3478-del-14-aprile-2020> (consultato il 26 aprile 2020)
- Paterniani A. et al, 2019. Electronic Test of Competence Administration: Qualitative Evaluation of Students' Satisfaction on Telematic Platform a Cross Sectional Study. In: Methodologies and Intelligent Systems for Technology Enhanced Learning, 9th International Conference, Workshops. Avila, Spain
- World Health Organisation, Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report 46, 2020.
- Formazione a distanza ed e-learning nell'emergenza Covid-19: accordo per modifica linee guida, 2020 (<http://www.regioni.it/newsletter/n-3817/del-09-04-2020/formazione-a-distanza-ed-e-learning-nellemergenza-covid-19-accordo-per-modifica-linee-guida-21054/>).
- Farina I. et al, 2019. High-Fidelity Simulation Type Technique Efficient for Learning Nursing Disciplines in the Courses of Study: An Integrative Review. In: Methodologies and Intelligent Systems for Technology Enhanced Learning, 9th International Conference, Workshops. Avila, Spain
- Galeoto G. et al, 2019 a. The Use of a Dedicated Platform to Evaluate Health-Professions University Courses. In book: Methodologies and Intelligent Systems for Technology Enhanced Learning, 8th International Conference. Toledo, Spain.



Tirocinio a distanza in Cure palliative (PC) e in Terapia del dolore (TP) per studenti di medicina: esperienza pilota della Università di Ferrara. **Distance internship in palliative care (PC) and pain therapy (TP) for medical students: pilot experience of the University of Ferrara**

Tiziana Bellini, Luigi Grassi, Stefano Volpato, Riccardo Ragazzi, Teresa Matarazzo, Fabrizio Consorti, Guido Biasco

Istituzioni

TB: Dipartimento di Scienze Biomediche e Chirurgico Specialistiche Università di Ferrara

LG: Dipartimento di Scienze Biomediche e Chirurgico Specialistiche Università di Ferrara

SV: Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Ferrara

RR: Dipartimento di Morfologia, chirurgia e medicina sperimentale Università di Ferrara

TM: Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

FC: Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Università Sapienza di Roma e Soc. it. di Pedagogia Medica (SIPeM)

GB: Dipartimento di Medicina Diagnostica e Sperimentale, Università di Bologna

Key-words: Clerkship, distance learning, palliative care, pain therapy, medicine students

Indirizzo per la corrispondenza: Prof.ssa Tiziana Bellini, Dipartimento di Scienze Biomediche e Chirurgico Specialistiche Università di Ferrara
e-mail: tiziana.bellini@unife.it

Sommario

Nell'anno accademico 2019-2020 la Università di Ferrara ha realizzato, con modalità di insegnamento a distanza (DL), 1 CFU-F in CP e 1 CFU-F U, di 25 ore l'uno, per gli studenti del sesto anno in Medicina e Chirurgia. 211 su 235 studenti (89.7%) iscritti al sesto anno di corso hanno frequentato entrambi i CFU-F. Il gradimento degli studenti ed il livello di acquisizione di competenze e di apprendimento negli aspetti chiave delle materie sono stati molto elevati. Un punto più critico è stata la modalità di insegnamento. Il 30% e il 27% degli studenti, rispettivamente per i corsi in PC e in TD, hanno ritenuto inadeguato il metodo didattico a distanza. Questa esperienza dimostra che il desiderio di apprendere abilità e competenze nell'area clinica della palliazione e del controllo del dolore è molto forte negli studenti di Medicina e Chirurgia, che il livello di conoscenze della materia è ancora piuttosto basso, ma che la modalità di insegnamento a distanza necessita di miglioramento. Sono auspicabili studi comparativi tra DL e insegnamento in presenza, che

potrebbero costituire la base sia per un'educazione flessibile in relazione alla continua evoluzione delle tecnologie, che per una rivisitazione degli obiettivi formativi del medico in queste aree.

Abstract

In the academic year 2019-2020 the University of Ferrara has achieved, with distance teaching modalities (DL), 1 CFU-F in CP and 1 CFU-F U, of 25 hours each, for sixth year students in Medicine and Surgery. 211 out of 235 students (89.7%) enrolled in the sixth year of the course attended both CFU-F. Student satisfaction and the level of skill acquisition and learning in key aspects of the subjects were very high. A more critical point was the way of teaching. 30% and 27% of students, respectively for PC and TD courses, considered the teaching method inadequate. This experience shows that the desire to learn skills and competences in the clinical area of palliation and pain control is very strong in students of Medicine and Surgery, that the level of knowledge of the subject is still quite low, but that the teaching modality at a distance it needs improvement. Comparative studies between DL and face-to-face teaching are desirable, which could form the basis both for a flexible education in relation to the continuous evolution of technologies, and for a review of the educational objectives of the doctors in these clinical areas.

Introduzione

Le cure palliative (CP) e la terapia del dolore (TD) sono in evoluzione e crescita nei paesi occidentali. 1,2

È peraltro unanimemente riconosciuto che questa crescita debba essere affiancata da un'adeguata formazione degli operatori della salute. 3-6

In Italia, il Ministero dell'Università ha emesso raccomandazioni a tutte le sedi universitarie nazionali per includere programmi di formazione PC e TP nei corsi universitari pre-laurea di Medicina e Chirurgia, (MC), Infermieristica, Psicologia, Servizio Sociale. 7

Le raccomandazioni del Ministero comprendono anche le competenze specifiche e le abilità che gli studenti del Corso di MC dovrebbero acquisire in PC e in TD (TABELLE I, II).

A partire dall'Anno Accademico. 2019-2020, gli studenti in MC delle Università italiane avrebbero dovuto seguire un tirocinio pratico (CFU-F) obbli-

gatorio in CP e uno in TP, della durata di 25 ore ciascuno, già iniziato in presenza nel 2018/19 a Ferrara, preferibilmente inseriti al sesto anno, l'ultimo anno prima della laurea.

Sfortunatamente, la pandemia COVID-19 ha impedito lo svolgimento del tirocinio sul campo.

Per garantire il rispetto delle raccomandazioni ministeriali e continuare così ciò che era stato iniziato l'anno precedente, il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Ferrara ha sviluppato una metodologia di insegnamento a distanza.

Il contesto teorico dell'insegnamento a distanza

L'apprendimento a distanza (Distance Learning-DL) chiamato anche istruzione a distanza, e-learning e apprendimento online, è una forma di istruzione in cui gli elementi principali includono la separazione fisica di insegnanti e studenti durante l'istruzione e l'uso di varie tecnologie per facilitare la interazione studente-insegnante e studente-studente.⁸

I programmi di DL sono in aumento nel mondo, come risposta ad una richiesta diffusa di formazione a cui le Università non riescono a rispondere, per limiti economici e logistici.⁹ Sono state proposte diverse teorie per descrivere la DL. È necessario sottolineare però che in un contesto ambientale in cui la tecnologia, la società, l'economia, la politica e gli approcci all'apprendimento sono tutti temi in transizione, le teorie, le definizioni e la pratica della DL continueranno sempre ad essere oggetto di dibattito. Il tema del cambiamento metterà alla prova e motiverà educatori e ricercatori "a distanza" mentre si sforzano di comprendere e sviluppare modi efficaci per soddisfare le esigenze degli studenti.¹⁰

Oggi la tecnologia e l'Internet consentono di accedere a materiali per lo studio personale, di attivare seminari e discussioni per piccoli gruppi, di interfacciarsi con l'insegnante o tutor su casi simulati, di affrontare i processi decisionali in clinica con passaggi a scelta multipla. tutte queste attività possono essere svolte in modalità sincrona o differita.

La pandemia di COVID-19 ha prodotto un contesto in cui la richiesta di DL è improvvisamente aumentata per le questioni legate alla protezione della salute e all'isolamento sociale. Pertanto, molti corsi universitari per studenti di medicina sono stati effettuati anche con procedure di DL.

L'università italiana non ha però ancora formalizzato metodologie condivise e omogene. In partico-

lare, le procedure educative di tirocinio a distanza non sono standardizzate. Quindi, ogni sede universitaria ha deciso come istituire un DL all'interno dell'autonomia decisionale che le appartiene.

Le raccomandazioni del Ministero della Università italiana per il tirocinio pratico in PC e in TD degli studenti in MC.

La Conferenza permanente dei Presidenti CLM di Medicina e Chirurgia ha raccomandato a tutte le Università italiane di inserire 1 CFU-F in PC e 1 CFU-F in TD. La Conferenza ha raccomandato anche di implementare i Corsi Integrati di interesse con attività didattiche riguardanti gli obiettivi specifici su PC e TP in campo pediatrico, adulto e geriatrico.

Dal punto di vista dell'organizzazione curriculare, il CFU-F in PC può essere inserito in uno dei corsi clinici del 5°-6° anno come Medicina Interna, Oncologia, Anestesia-Rianimazione-Terapia Intensiva e del Dolore. Il CFU-F in TD può essere inserito al 6° anno nel raggruppamento di Anestesia-Rianimazione-Terapia intensiva e del Dolore, preferibilmente senza ridurre gli spazi didattici del raggruppamento della Emergenza Medico-Chirurgica e con un piano didattico che sottolinei l'importanza di un approccio trasversale e possibilmente multidisciplinare alla TD.

Le raccomandazioni ministeriali suggeriscono, a titolo esemplificativo, un possibile corso di formazione, con la stessa struttura curricolare sia per le PC che per la TD.

Le 25 ore del CFU-F potrebbero essere articolate in:

- 5 ore di insegnamento seminario didattico di 5 ore di didattica in laboratorio
- 15 ore di stage in ambiente clinico

Il seminario didattico (5h). È un contesto adeguato per affinare la conoscenza contributiva e sviluppare specifiche capacità cognitive e interpretative-decisionali. Due-tre riunioni in aula possono essere utilizzate per:

- o rapida valutazione delle conoscenze contributive
- o mini-letture (10 minuti) sui contenuti fondamentali legati a specifiche abilità cognitive; ogni mini-lettura dovrebbe essere seguita immediatamente da un esercizio applicativo
- o esercitazioni su casi clinici, illustrate e poi condotte da gruppi, con commento finale del docente.

La didattica in laboratorio (5h). È un contesto adeguato per sviluppare capacità interpretativo-decisionali e comunicativo-relazionali. Gli incontri devono essere per piccoli gruppi e consentire:

- o la visione di video, con discussione guidata su aspetti specifici e di interesse didattico. l'incontro con i pazienti simulati, con valutazione formativa della performance
- o l'utilizzo di tecniche di simulazione utili per sviluppare abilità tecnico-manuali, ma anche comportamentali e comunicativo-relazionali (abilità non tecniche)
- o ulteriori esercizi sui materiali clinici, che incorporano quelli svolti in aula nei seminari.

Lo stage clinico (15 h). È il contesto appropriato per lo sviluppo di tutte le capacità interpretativo-decisionali e comunicative-relazionali.

Viene ribadita l'importanza che sia strutturato con un esplicito briefing iniziale e debriefing finale e che chi esercita il ruolo di tutor sia preparato al compito.

Lo stage deve terminare con la produzione di uno scritto riflessivo che esprima l'esperienza vissuta dallo studente e illustri l'apprendimento che lo studente ritiene di aver raggiunto.

Metodologia

The University of Ferrara (TABELLA III)

L'Università degli Studi di Ferrara, dall'Anno Accademico 2018-19, ha già applicato la raccomandazione ministeriale inserendo i 2 CFU-F di formazione professionale negli obiettivi dei propri corsi, associando il CFU-F in PC ai corsi di Medicina interna e il CFU-F in TD ai corsi di Anestesiologia e Rianimazione.

Nel presente anno accademico 2019-2020 i due CFU-F sono stati sviluppati in modalità didattica a distanza (DL), causa pandemia da COVID-19.

I CFU-F

Nell'anno accademico 2019-2020 sono gli studenti totali iscritti al Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Ferrara sono 2054 e al 6° anno sono 235.

I corsi PC e TP sono stati inseriti nel 6° anno di corso e sono stati realizzati in modalità DL. La prima parte dei corsi è stata erogata in modalità asincrona.

Le video-lezioni e il materiale di consultazione sono stati inseriti in una classe virtuale. (Classro-

om) Chi aveva domande o dubbi poteva scrivere le proprie domande in questo ambiente virtuale appositamente creato e il docente poteva rispondere contestualmente

I corsi si sono conclusi con due video-incontri sincroni, che hanno consentito di parlare con gli studenti e chiarire i loro dubbi. Il colloquio ha anche consentito al docente di avere un'idea del grado di comprensione dei materiali di studio.

Trattandosi di un corso professionalizzante non è stato previsto un vero e proprio esame finale, sostituito da un'idoneità concessa in base alla quota di partecipazione attiva di ogni studente, stabilita in non meno dell'80% delle ore di lezione.

Al termine del Corso è stato consegnato un questionario per la valutazione di soddisfazione. Duecentoundici studenti su 235 iscritti al 6° anno di corso (89,8%) hanno frequentato e compilato il questionario.

Corso di PC

Allo studente è stato presentato il corso con una breve audio-lezione online sulle cure palliative fornendo elementi concettuali di base delle cure palliative attraverso articoli di letteratura internazionale e il breve saggio di Eduardo Bruera sulle cure palliative. 11

Sono stati inoltre inseriti i testi delle normative legislative (legge 38, 15 Marzo 2010 e legge n. 219, 22 Dicembre 2017) e di alcune video lezioni in su temi di approfondimento alle cure palliative e alla loro organizzazione nei contesti clinici, in particolare una sulla early palliative care e una sulla palliazione nella cronicità. Inoltre, sulla base della esperienza maturata nell'ambito dei workshops sulla comunicazione in oncologia in Italia sono state inserite altre video lezioni tratte dall'Online International Psycho-Oncology Society multilingual core-curriculum in psycho-oncology e relativi articoli di riferimento sulla tecnica comunicativa SPIKES. 12-15

Sono stati infine inseriti files di immagini inerenti l'area palliativistica in geriatria e alcuni articoli e capitoli di libri sulla sedazione palliativa, sulla dignità nelle cure palliative e sugli interventi psicoterapici alla fine della vita.16-18

Si è infine concluso con una discussione in modalità sincrona (in google meet) con gli studenti.

Corso di TD

Allo studente è stata fornita inizialmente la letteratura medica di maggior significato relativamente

al trattamento nel dolore nei vari ambiti clinici. In particolare, le più recenti linee guida sul trattamento del dolore oncologico, dolore postoperatorio e circa le buone pratiche di uso degli analgesici maggiori.

Il materiale fornito relativo alla normativa nazionale sulla tematica del dolore, a partire dalla Legge 38/2010, alla declinazione legislativa applicativa, a cascata, nazionale, regionale e aziendale e le video-lezioni hanno avuto come obiettivo la presa di coscienza della attenzione alla persona, al centro del sistema salute, all'umanizzazione in equità senza differenze.

In particolare sono stati presentati percorsi e processi, per definire gli HUB e gli SPOKE del dolore, le caratteristiche organizzative degli ambulatori di terapia antalgica, i possibili trattamenti terapeutici, farmacologici e invasivi, differenziati per singola area, per dare sollievo dalla sofferenza, in sicurezza, nel rispetto della medicina basata sull'evidenza, dei principi normativi in essere gestionali ed organizzativi, considerando anche quanto previsto dall'assicurazione della qualità.

La definizione di inchiesta epidemiologica, la costruzione della stessa e l'applicazione pratica per la contestualizzazione del problema dolore può avviare la sensibilizzazione e la presa di coscienza dello studente, che già a partire dal percorso di studi universitario può strutturare le competenze sul tema e affrontare le fragilità dell'individuo, il diritto alla non sofferenza, nel percorso di cura con una consapevolezza diversa.

Sono state condivise una decina di pubblicazioni scientifiche dalle più prestigiose riviste dei vari settori, con una attenzione anche agli aspetti organizzativo-gestionali estremamente importanti in questo ambito disciplinare e spesso non sufficientemente svolte nei normali corsi di medicina.

Dopo la pubblicazione di questo materiale sono state erogate in modalità asincrona video-lezioni, moduli di circa 30 minuti per spiegare un approccio metodologico pratico per la valutazione del singolo paziente e la personalizzazione della terapia nei vari contesti clinici.

Al termine del percorso sono stati effettuati due incontri in modalità sincrona (in google meet) dividendo gli studenti per piccoli gruppi (4 sottogruppi per ogni incontro di circa 10 studenti per gruppo) per rispondere alle domande e discutere qualche caso clinico. Durante la discussione dei casi clinici è stato possibile valutare che gli studenti partecipanti

hanno attentamente valutato il materiale fornito è stato riscontrato che effettivamente questa modalità sincrona di discussione di casi clinici a piccoli gruppi sono un potente strumento di verifica.

Feed-back (TABELLA IV)

L'interesse per i temi PC e TD è stato ricavato da un questionario consegnato prima e al termine dei corsi. Interesse prima dell'inizio delle lezioni è stato manifestato dall'83% e dal 92% degli studenti rispettivamente per le PC e per la TD, ed è passato al 94% e al 97% al termine di corsi, segnalando un incremento del 10% e del 6%.

La percezione di conoscenza della materia nelle sue varie articolazioni è aumentata nel 84-91% e nel 89-95% degli studenti, rispettivamente per le PC e per la TD.

Il livello di comprensione e discussione dei casi clinici è anche esso aumentato in un range di 81-89% e nel 85-93% dopo i corsi rispettivamente sulle PC e sulla TD.

La qualità dei docenti e l'anno di studio in cui sono stati inseriti i corsi hanno trovato l'apprezzamento di quasi il 100% e il 90% e dell'88% e del 87% degli studenti rispettivamente per le PC e per la TD.

La durata dei corsi, 25 ore, è stata invece considerata insufficiente dal 19% degli studenti del corso in PC e nel 17% di quelli nel corso di TD.

Infine, le modalità didattiche sono state considerate insufficienti dal 30% e dal 26% degli studenti rispettivamente per il corso di PC e di quello in TD. Cioè quasi uno studente su tre non è stato soddisfatto della metodologia di DL scelto.

Discussione

La pandemia da COVID-19 ha indotto profonde alterazioni nel nostro comune stile di vita. L'allontanamento e l'isolamento individuale sono stati gli effetti sociali più devastanti. 19

Nel mondo della formazione studentesca, in particolare quella degli studenti di Medicina e Chirurgia, molte Università in Italia hanno modificato i metodi di insegnamento per rispettare le regole della distanza personale e, allo stesso tempo, per mantenere il programma di studi, come stabilito dai piani universitari.

I programmi di tirocinio a distanza sono stati accettati nel nostro Paese dal Ministero dell'Università per studenti prossimi al termine degli studi e per i

quali la pandemia aveva bloccato la possibilità del tirocinio obbligatorio, necessario per il conseguimento della laurea abilitante.

Tuttavia, per non interrompere i piani di studio degli studenti in corso, questa metodologia di insegnamento è stata applicata anche ad altri tirocini pratici obbligatori durante gli studi e tra questi i CFU-F in CP e in TD.

L'esperienza della Università di Ferrara è molto utile per due motivi. Il primo è quello relativo all'interesse da parte degli studenti di approfondimento sui due temi di CP e di TD. E' una conferma di quanto già osservato l'Anno Accademico 2018-2019, quando la stessa Università era già partita con i CFU-F delle due materie realizzati con metodologia "in presenza" (Bellini, comunicazione personale, Convegno Nazionale SICP, Riccione 2018).. Ancora prima dell'inizio dei corsi gli studenti hanno manifestato, sia l'anno scorso che questo anno, lo stesso elevato interesse per entrambe le materia.

In secondo luogo, altissima è stata anche la percezione di un aumento della consapevolezza e della comprensione dei problemi negli ambiti della palliazione e del controllo del dolore. In ultima analisi lo studio sostiene che ci sia un grande bisogno di formazione nelle due materie, che è evidentemente mancata durante gli anni di studio precedenti.

A fronte del successo sulle tematiche contenutistiche dei corsi, nella indagine della Università di Ferrara è emerso un certo grado di insoddisfazione sulla struttura metodologica del DL. Il 30% e il 26% degli studenti rispettivamente dei corsi di PC e di TD ha riferito che il metodo di insegnamento era inappropriato.

Una possibile causa di questa discreta percentuale di insoddisfazione è forse da cercare sia dalla complessità del periodo che si stava vivendo che negli obiettivi didattici che sono stati scelti. I corsi si sono concentrati principalmente su obiettivi cognitivi, lasciando nell'ombra gran parte degli obiettivi interpretativi e clinici, che costituiscono invece una parte importante della formazione sia in PC che in TD, sottolineata dalle raccomandazioni del ministero dell'Università. Questi obiettivi però sono comunque molto complicati da raggiungere, in ogni caso e anche senza una pandemia in corso, sono criticità insite nelle attuali modalità di insegnamento telematico.¹⁰

Le PC sono cariche di una componente psicologica, empatica, di coinvolgimento personale nel-

la relazione con il paziente sofferente, che spesso necessita di un percorso di comunicazione lungo e continuo. Se seminari e strumenti di simulazione di casi sembrano essere adatti per gran parte della formazione a distanza, l'insegnamento che deriva dal contatto fisico ed emotivo con il paziente e la famiglia, come richiesto dalle PC, sembra essere più difficile da ottenere con una modalità telematica.

Nel campo della formazione in TD, un approccio alla formazione digitale sembra invece essere più fattibile che non nel campo delle PC. La TD si basa su basi farmacologiche e tecniche ben definite, codificate da regole basate sull'evidenza. Rimane comunque da implementare la quota interpretativa del programma didattico.

Le opzioni per fare fronte a queste difficoltà sono in continua evoluzione ed includono (1) lo spostamento precoce nel piano di studi delle sessioni di didattica clinica online per consentire un successivo ingresso anticipato in un ambiente clinico "reale" per cogliere e colmare la carenza selettiva di una modalità didattica, quindi un minor tempo di esposizione "in presenza", oppure (2) l'integrazione per brevi periodi di DL con insegnamento faccia a faccia, oppure ancora (3) l'analisi del possibile impiego di alcuni strumenti già di largo utilizzo come le video-chiamate con paziente e famiglia moderate da un tutor, medico o infermiere. Sono comunque tutte ipotesi non mutualmente esclusive.

C'è incertezza su quanto a lungo persisterà la situazione attuale e non è escluso che si vada verso un ambiente "diversamente normale", in cui potrebbero essere nuovamente necessarie le quarantene e le distanze fisiche. La sfida quindi consiste nel come fornire esperienze autentiche agli studenti di medicina come componente chiave dell'educazione medica in queste circostanze.

Ma non è solo questo, la questione della formazione professionale, soprattutto in PC, va oltre l'attuale periodo di emergenza. Il contatto personale con un paziente in pericolo di vita e la sua famiglia richiede sempre un ambiente riservato in cui possono partecipare pochi addetti ai lavori e pochi studenti. Ciò implica che anche in una condizione di ritorno alla normalità del passato la formazione pratica in PC non possa ammettere la partecipazione massiccia di discenti come avviene in altre tematiche formative. Inoltre, a differenza di altre discipline consolidate come la Medicina Interna, la Chirurgia e molte altre specializzazioni, le PC e le

cure di fine vita non offrono una mole di personale e di ambienti molto ampia.

Studenti e docenti sono pertanto chiamati al disegno ed alla applicazione di modelli sperimentali di insegnamento a distanza, per proposte di nuovi principi e pratiche per il futuro, con particolare riguardo per la formazione in PC e in TD.

Conclusioni

La didattica telematica (DL) per gli studenti in Medicina e Chirurgia dovrebbe essere considerata non solo per le lezioni accademiche ma anche per il tirocinio. Il processo decisionale clinico a scelta multipla e la simulazione video-assistita sono esempi peraltro già forniti da molti programmi online 7.

Con l'aumentare della loro necessità, le PC stanno diventando a pieno titolo un campo di cure mediche. Poiché una buona assistenza si fa con buoni operatori della salute, è ovvio che PC e TD di qualità possano essere realizzate solo se c'è una buona formazione del personale.

Il tema della educazione, soprattutto in PC, non è però semplice. I molti ostacoli sono: (a) la mancanza di una lunga tradizione e di un'adeguata concettualizzazione delle PC, (b) il significato degli aspetti psicologici, emotivi e spirituali, (c) l'importanza ma una comprensione inadeguata del controllo dei sintomi, (d) il fatto che le cure palliative non siano curative secondo il senso comune del termine; (e) la natura multi-professionale, delle PC, (f) la gamma dei diversi contesti in cui le PC si snodano, g) il fatto che i caregiver "palliativi" debbano svolgere i propri compiti in situazioni in cui le richieste emotive e psicologiche sono spesso immense.

Sul piano operativo immediato emerge anche il tema delle risorse (numero e disponibilità dei docenti) e la necessità di tempo e di ambienti adeguati. I problemi sono già stati individuati in un con-

testo di educazione tradizionale, ma sembrano ora diventati più pressanti con la "obbligatorietà" di un distanziamento fisico.

Dovrebbero essere rapidamente pianificati studi su diverse metodologie di insegnamento e accurate valutazioni dei risultati tra DL e insegnamento faccia a faccia in PC e in TD. Anche fuori dalla pandemia. Essi potrebbero costituire la base per una formazione flessibile in relazione alla continua evoluzione delle tecnologie.

Punto particolarmente caldo è il tirocinio pratico. Analisi comparative dovranno soppesare i punti di forza di un tirocinio pratico in presenza e quelli di un tirocinio pratico a distanza, come pure le rispettive debolezze. L'una o l'altra modalità implicitamente porterà a risultati formativi differenti, verosimilmente più rilevanti rispetto a quelli inerenti la didattica accademica "ex-cathedra". La innovazione portata dal DL potrebbe peraltro indurre una necessaria rivisitazione del tipo di professionista che sarà possibile formare. In condizioni estreme, come la pandemia che stiamo vivendo, sarà un processo obbligatorio e non solo di scelta. Inoltre, avere una conoscenza di base delle PC e TD diventa fondamentale per chi vorrà continuare con la nuova scuola di specializzazione appena istituita.

Questo è un momento senza precedenti per la educazione medica: se le metodiche didattiche innovative, di cui la DL sembra essere la punta di diamante, dimostreranno che i vantaggi rispetto alla didattica tradizionale saranno superiori ai potenziali svantaggi, e tra questi la realizzazione di un concetto tradizionale di educazione al rapporto medico-paziente, allora questo può aprire il campo anche alla riflessione su paradigmi e obiettivi di molte discipline della medicina.²⁰ Tra queste le PC e, forse ma in minor misura, le TD, sembrano essere in "pole position".



Bibliografia

1. A. Currow DC, Phillips J, Agar M. Population-based models of planning for palliative care in older people. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2017;11(4):310-314.
2. B. Fashler SR, Cooper LK, Oosenbrug ED, et al. Systematic Review of Multidisciplinary Chronic Pain Treatment Facilities. *Pain Res Manag*. 2016;2016:5960987.
3. Biasco G, Tellan G, Basili S, Bellini T, De Placido S. Palliative Care education in the degree programs in Medicine. *Med.Chir* 2017; 75: 3386-3390.
4. Biasco G, Bellini T, Basili S, Lenzi A. Training in palliative care and therapy of pain: suggestion from CPPCLM-M&C. *Med. Chir*. 2018;77. 3446-3450.
5. Frist WH, Presley MK. Training the Next Generation of Doctors in Palliative Care Is the Key to the New Era of Value-Based Care. *Academic Medicine*. 2015; 90: 268-271
6. Elsner F, Centeno C, Ellershaw. Early integration needs early education. *Pall Med* 2016; 30: 805-806
7. Ministero della Università e della Ricerca Scientifica. Programma per l'insegnamento e l'apprendimento delle cure palliative e della terapia del dolore. DD 2037-2018. <https://www.miur.gov.it/web/guest/lauree-e-lauree-magistrali>
8. Picciano, A. G. (2017). Theories and frameworks for online education: Seeking an integrated model. *Online Learning*, 21(3), 166-190. doi: 10.24059/olj.v21i3.1225
9. C. Murray JA. Massive Open Online Courses: Current and Future Trends in Biomedical Sciences. *Adv Exp Med Biol*. 2019;1171:47-53.
10. Holmberg, B. (2003). Distance education in essence - An overview of theory and practice in the early twenty-first century (2nd ed.). 2003 Oldenburg: Bibliotheks und Informations system der Universität Oldenburg. pp. 35-62
11. Bruera E.: *Sulle cure palliative*. Accademia delle Scienze di Medicina Palliativa, Bentvoglio, ASMEPA Ed, 2011
12. Grassi L, Travado L, Gil F, Campos R, Lluch P, Baile W.: A communication intervention for training southern European oncologists to recognize psychosocial morbidity in cancer. I--development of the model and preliminary results on physicians' satisfaction. *J Cancer Educ*. 2005;20(2):79-84
13. Lenzi R, Baile WF, Costantini A, Grassi L, Parker PA. Communication training in oncology: results of intensive communication workshops for Italian oncologists *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2011;20(2):196-203
14. International Psycho-Oncology Society (IPOS). Multilingual Core-Curriculum in Psycho-Oncology. <https://www.ipos-society.org/professionals/multi>
15. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gloger G, Beale EA, Kudelka AP.: SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11
16. Ferrari L., Caraceni A. Sedation for Psychological Distress at the End of Life. In Grassi L., Riba M. (Eds) *Psychopharmacology in oncology and palliative care. A Practical Manual*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2015, pp 369-380
17. Grassi L., Nanni M.G., Caruso R.: Psychotherapeutic interventions, In Lloyd Williams (Ed), *Psychosocial Issues in Palliative Care. A community based approach for life limiting illness*. 3rd edition, Oxford University Press, London, 2018
18. Grassi L., Chochinov M., Moretto G., Nanni M.G.: Dignity-Conserving Care in Medicine. In Grassi L, Riba M., Wise T. (Eds) *Person Centered Approach to Recovery in Medicine*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2019, pp 97-115
19. Wong RY. Medical Education during COVID-19: lesson from a pandemic. *BCM J*, 2020; 62: 170-171
20. Rose S. Medical Student Education in the Time of COVID-19. *JAMA* 2020; 323: 2131-2132

TAVOLA I
TABELLA SINTETICA DELLE COMPETENZE SPECIFICHE E ABILITÀ PER LE CURE PALLIATIVE
PER STUDENTI DI MEDICINA E CHIURGIA

COMPETENZA SPECIFICA	CONOSCENZE CONTRIBUTIVE	ABILITA' COGNITIVE SPECIFICHE (CONOSCENZA E CAPACITÀ DI COMPrensIONE)	ABILITA' COGNITIVE INTERPRETATIVO-DECISIONALI (CAPACITÀ DI CONOSCENZA E COMPrensIONE APPLICATE)	ABILITA' TECNICHE E COMUNICATIVO-RELAZIONALI (ABILITÀ COMUNICATIVE)
Selezionare i pazienti candidabili alle CP Individuare pazienti eleggibili alle CP	Fisiopatologia e quadri nosografici	Descrivere le definizioni e i principi fondamentali delle CP Descrivere gli strumenti di valutazione prognostica e gli strumenti per identificare i pazienti in rapporto alle traiettorie nelle diverse patologie Descrivere le scale mono e pluridimensionali	Individuare i pazienti candidabili alle CP	Rilevare le informazioni dal colloquio il paziente e la famiglia e dalla documentazione clinica per la compilazione di una scheda di valutazione in accordo con l'approccio sesso/genere Individuare e applicare strumenti per la continuità della cura nella rete [saremmo più specifici]
Identificare i bisogni dei pazienti in CP	Elementi di psicologia e psicopatologia generale, in senso specifico e secondo approccio metodologico che tenga conto delle differenze sesso/genere: bisogni, motivazioni, distress Elementi di clinica: indicatori clinici generali e specifici	Descrivere i modelli di rappresentazione dei bisogni	Individuare i pazienti candidabili alle CP	Riconoscere atteggiamenti e risposte emozionali dei pazienti e della loro rete sociale
Gestire le CP in un contesto multiprofessionale	Organizzazione del sistema sanitario nazionale Conoscere le dinamiche del team	Descrivere i fondamenti organizzativi delle CP Indicare i ruoli delle diverse figure professionali coinvolte Metodologia del lavoro d'equipe	Riconoscere il dolore e i sintomi connessi con la condizione con la condizione della patologia di base del paziente Identificare i bisogni complessi fisici, psicologici, sociali, esistenziali e spirituali dei pazienti I farmaci principali da usare in CP e il significato della modulazione delle terapie La gestione delle principali emergenze cliniche in Cure Palliative Discutere le implicazioni bio-etiche delle possibili decisioni di cura	Dialogare utilizzando fattori favorevoli una comunicazione empatica e personalizzata
Orientare le proprie decisioni nello spirito della normativa nazionale	Elementi di bio-etica e di medicina legale (principialismo, informazione, consenso, proporzionalità, Pianificazione condivisa delle cure, DAT	Descrivere i principi fondamentali della legislazione nazionale	Discutere le conseguenze di diverse scelte organizzative nel piano di cura	Identificare in un dialogo osservato gli elementi eticamente sensibili in una situazione clinica

1 Sono le conoscenze teoriche che lo studente dovrebbe già avere, acquisite in corsi precedenti. Vanno esplicitate affinché siano richiamate nello studio personale, eventualmente assistito da brevi schede riassuntive

2 Sono le conoscenze teoriche nuove che lo studente deve acquisire per poter raggiungere gli obiettivi formativi stabiliti per le CP. Possono anche essere studiate individualmente

TAVOLA IV
RISULTATI PRIMA E DOPO I CORSI A DISTANZA IN PC E IN TD

CFU-F in CURE PALLIATIVE (PC)		
ITEM	prima del corso	dopo il corso
Interesse al tema (%)		
nessuno/basso	17	06
abbastanza/molto	83	94
ITEM a fine corso		
Confidenza (%)		
strutture di contesto	84	16
terapia	88	12
psicologia	93	07
comunicazione	89	11
multidisciplinarietà	91	09
etica-giurisprudenza	91	09
aspetti sociologici/familiari	91	09
Competenza (%)		
strutture di contesto	81	19
terapia	83	17
psicologia	89	11
comunicazione	87	13
multidisciplinarietà	87	13
etica-giurisprudenza	86	14
aspetti sociologici/familiari	88	12
ITEM a fine corso		
Altro (%)		
durata del corso	81	19
docenti	97	03
anno del corso	88	12
modalità didattiche	70	30

CFU-F in TERAPIA DEL DOLORE (TD)		
ITEM	prima del corso	dopo il corso
Interesse al tema (%)		
nessuno/basso	08	03
abbastanza/molto	92	97
ITEM a fine corso		
	aumentato	non aumentato
Confidenza (%)		
strutture di contesto	89	11
diagnostica	95	05
terapia	91	09
comunicazione	92	08
multidisciplinarietà	95	05
aspetti sociologici/familiari	90	10
aspetti sociologici/familiari	91	09
Competenza (%)		
strutture di contesto	81	19
diagnostica	85	15
diagnostica	91	09
terapia	91	09
comunicazione	90	10
multidisciplinarietà	93	07
etica-giurisprudenza	89	11
ITEM a fine corso		
	sufficiente	non sufficiente
Altro (%)		
durata del corso	83	17
docenti	99	11
anno del corso	87	13
modalità didattiche	74	26

Medicina alla prova. La validazione del Progress Test a cura dell'ANVUR **Testing medical studies. The validation of the Progress Test by ANVUR**

Barbara Bacocco ^a, Federica Delli Zotti ^a, Maria Rita Infurna ^a, Alessia Pozzi ^a, Morena Sabella ^a, Raffaella ¹, Rumiati ^b

^a ANVUR (Agenzia Nazionale di Valutazione del sistema Universitario e della Ricerca), Roma

^b Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati (SISSA), Trieste

RIASSUNTO

In analogia con le esperienze fatte in altri paesi, circa 15 anni fa le Facoltà di Medicina hanno cominciato a somministrare il Progress Test (PT) anche in Italia. Si tratta di uno strumento longitudinale la cui funzione principale consiste nel monitorare l'acquisizione di conoscenze e competenze da parte degli studenti. Più recentemente, l'Agenzia Nazionale di Valutazione del sistema Universitario e della Ricerca ha avviato il progetto TECO che prevede la realizzazione e somministrazione di test in grado di rilevare le competenze trasversali (TECO-T) e disciplinari (TECO-D) acquisite dagli studenti durante la carriera universitaria. In particolare, il TECO-D promuove una definizione condivisa dei contenuti disciplinari core e la loro declinazione rispetto ai 5 Descrittori di Dublino, e i risultati che ne derivano possono venire utilizzati per l'autovalutazione dei singoli Corsi di Studi. Lo scopo del presente lavoro è stato di verificare se anche il Progress Test utilizzato dai CLM in Medicina e Chirurgia, dopo un'adeguata analisi delle domande che lo costituiscono e l'eventuale risoluzione delle criticità, abbia le caratteristiche proprie degli altri TECO-D già in uso. Abbiamo pertanto condotto delle analisi statistiche su risultati parziali della rilevazione avvenuta nell'a.a. 2019/20 del Progress Test di Medicina e Chirurgia, che permettono di controllare se e in quale misura le prove siano valide e attendibili, ovvero in grado di misurare i livelli di conoscenza e competenza in entrata e quelli raggiunti dagli studenti ad ogni anno di corso e al termine del percorso di studi. Gli indici calcolati mostrano come il test sia in grado di misurare i livelli di conoscenze e competenze acquisite dagli studenti, con ottimi livelli di affidabilità e coerenza interna. Inoltre, le analisi condotte sulla funzionalità dei distrattori rivelano un impianto solido degli item nel loro complesso. In conclusione, i risultati ottenuti suggeriscono che il Progress Test di Medicina e Chirurgia ha le caratteristiche degli altri TECO-D già in uso e può pertanto essere utilizzato allo scopo di autovalutazione dell'offerta formativa da docenti e Presidenti di CLM in Medicina e Chirurgia.

ABSTRACT

In analogy with the experience of other countries, about 15 years ago the Faculties of Medicine began to administer the Progress Test (PT) also in Italy. It is a longitudinal tool whose main

function is to monitor students' acquisition of knowledge and skills. More recently, the National Agency for the Evaluation of the University and Research System has launched the TECO project which involves the creation and administration of tests for assessing transversal (TECO-T) and disciplinary (TECO-D) competences, acquired by the students during their university career. In particular, TECO-D promotes a shared definition of the core disciplinary contents and their declination with respect to the 5 Dublin Descriptors, and its results can be used for the self-assessment of the single academic programmes. The purpose of this article was to verify whether the Progress Test of Medicine and Surgery, after an adequate analysis of its items and the solution of eventual critical issues, meets the characteristics of the other TECO-D already in use. We therefore conducted a statistical analysis on a sample of the test results of the Progress Test of Medicine and Surgery (academic year 2019/20), which allowed us to check whether and to what extent the items were valid and reliable, i.e. able to measure the levels of knowledge and competence at the beginning and those achieved by students at each year of the course and at the end of the study path. The indices thus obtained showed how the test is able to measure the levels of knowledge and skills acquired by students, with excellent levels of reliability and internal consistency. In addition, analysis performed on the distractor functionality revealed that the whole item list is solid. In conclusion, the results obtained suggested that the Progress Test of Medicine and Surgery has the characteristics of the other TECO-D already in use and can therefore be used for the purpose of self-evaluation of the teaching in the MD curricula.

Introduzione

In analogia con l'esperienza fatta in altri paesi, quali gli Stati Uniti e l'Olanda, le Facoltà di Medicina adottarono il Progress Test (PT) anche in Italia circa 15 anni fa. Nel 2010, Alfred Tenore pubblicò un articolo in questa stessa rivista in cui presentava il primo Progress Test (PT), somministrato agli studenti delle Facoltà di Medicina italiane che, secondo l'autore, non erano al passo con quelle degli altri paesi perché mancavano di un core curriculum, di adeguate strategie didattiche e, soprattutto, di un metodo di autovalutazione. Secondo alcuni autori citati da Tenore (si veda Mennin e Kalishman, 1998), il ritardo con cui la valutazione degli apprendimenti degli studenti è stata implementata è dovuto, in generale, alla percezione impropria che la valutazione sia uno strumento di controllo e potere e non uno strumento di autovalutazione.

Il PT utilizzato in Italia nelle Facoltà di Medicina comprendeva 300 domande a scelta multipla che coprivano tutte le discipline mediche e chirurgiche, oltre che quelle di base. I risultati del PT, somministrato per quattro anni a circa 39 mila studenti, hanno dimostrato come l'aumento delle conoscenze degli studenti ci sia stato, ma di entità modesta, suggerendo la necessità di adottare metodi didattici più efficaci a sviluppare conoscenze e a mantenerle nel tempo. Tenore proponeva inoltre che il PT poteva essere implementato come prova per l'Esame di Stato nazionale per l'abilitazione all'esercizio della professione. Quest'ultima profezia si era concretizzata nel D.M. del 9 maggio 2018 no. 58 del MIUR, in cui si annunciava che la prova per l'Esame di Stato "assumerà la forma di un test con domande a scelta multipla non note in anticipo dai candidati". Così nel 2018 il PT test fu trasformato nel Training Test (TT), con lo scopo di preparare gli studenti al superamento dell'Esame di Stato (si veda Recchia e Moncharmont, 2019). Ultimamente però l'art. 102 del D.L. 17 marzo 2020, no. 18 ha abolito la il test con domande a scelta multipla come parte dell'Esame di Stato.

Le domande che sono state inserite nel TT riflettono il core curriculum dei corsi di laurea in Medicina e misurano le conoscenze in uscita dello studente relativamente alla loro ricaduta sulla competenza clinica. Come il PT anche il TT è uno proxy non solo delle conoscenze / competenze ma anche della formazione impartita. Tuttavia un'analisi metodologicamente adeguata di queste prove non è mai stata eseguita.

Il progetto TECO

Con il progetto TECO (TEst sulle COmpetenze), avviato nel 2012, l'Agenzia Nazionale di Valutazione del sistema Universitario e della Ricerca (ANVUR) ha risposto al mandato di rilevare i livelli di conoscenze e competenze acquisite dagli studenti al termine del percorso di studi universitari, con l'obiettivo principale di contribuire al miglioramento della qualità dei processi formativi e di attivare meccanismi di autovalutazione interni al mondo accademico.

A tal fine sono stati definiti e somministrati test in grado di misurare sia le competenze trasversali (TECO-T: Literacy, Numeracy¹, Problem Solving²,

¹ Per un approfondimento sulle prime sperimentazioni ANVUR dedicate agli ambiti di Literacy e Numeracy si veda Rumiati e collaboratori (2018).

² Per un approfondimento sul Problem Solving definito da ANVUR si veda Rumiati e collaboratori (2019).

Civics) sia quelle disciplinari (TECO-D). Le competenze disciplinari, diversamente da quelle trasversali, sono strettamente legate ai contenuti formativi specifici del percorso intrapreso dallo studente e possono essere confrontate solo tra corsi di analoga natura. La costruzione del test disciplinare segue un approccio bottom-up, che si avvale dell'adesione volontaria di Gruppi disciplinari composti da docenti universitari rappresentativi della comunità accademica. Compito della comunità accademica è individuare i learning outcomes e costruire le domande, mentre l'ANVUR supporta i gruppi nella definizione del test per quanto riguarda la validazione statistica e la revisione delle prove e, a seguire, coordina le fasi di somministrazione del test attraverso una piattaforma informatica gestita dal CINECA.

L'anima disciplinare del progetto TECO presenta diversi elementi di innovazione per le comunità accademiche. In primo luogo, basandosi su un approccio bottom-up, promuove una definizione condivisa da ciascun gruppo disciplinare dei contenuti disciplinari core e la loro declinazione rispetto ai 5 Descrittori di Dublino. In secondo luogo, i contenuti disciplinari core individuati dai gruppi disciplinari vengono resi accessibili attraverso la pubblicazione di documenti denominati Framework e struttura della prova sul sito dell'ANVUR e, in questo modo, condivisi a livello nazionale dagli Atenei e dai singoli CdS che decidono liberamente se aderire o meno al progetto TECO ad ogni nuova rilevazione (prevista tra settembre e dicembre di ogni anno).

Tale processo, consentendo la creazione di test disciplinari caratterizzati da contenuti di base omogenei per area disciplinare, pone le basi per effettuare confronti inter- e intra-ateneo nell'ambito del singolo corso di studi. Inoltre, in ottica autovalutativa, le rilevazioni a cadenza annuale utilizzando le stesse prove consentono di monitorare la qualità della formazione universitaria e l'efficacia di eventuali azioni di miglioramento poste in essere nel corso del tempo. Infine, TECO-D, avvalendosi di una piattaforma informatica per l'erogazione di test, garantisce una gestione centralizzata e certificata per la somministrazione e la raccolta dei dati, senza ulteriori oneri per Atenei e CdS.

I Gruppi di Lavoro che hanno già completato e validato il proprio test disciplinare sono: Filoso-

fia (L-5), Pedagogia (L-19) e numerose Professioni Sanitarie: Fisioterapia, Infermieristica, Tecniche di Radiologia Medica, Ostetricia, Infermieristica pediatrica, Logopedia, Terapia occupazionale, Terapia della Neuro- e Psico-motricità dell'età evolutiva, Dietistica, Tecniche di Laboratorio biomedico. Altri Gruppi di Lavoro, quali Lettere, Psicologia e Medicina veterinaria stanno proficuamente lavorando all'identificazione dei contenuti core della disciplina e alla definizione del test.

Al fine di verificare se le prove del PT/TT di Medicina e Chirurgia abbia caratteristiche metodologiche confrontabili con quelle degli altri TECO-D già in uso, ne abbiamo analizzato i risultati.

Materiali e metodi

Il Progress Test di Medicina e Chirurgia somministrato nel 2018 è composto da 200 item a scelta multipla, con 5 alternative di risposta. La validazione del PT di Medicina e Chirurgia è stata effettuata su un'unità di analisi composta complessivamente da 9.928 studenti, iscritti dal primo al sesto anno di un corso di Medicina e Chirurgia (LM-41).

Le Università che hanno fornito i dati per questa validazione sono in tutto sei, distribuite sull'intero territorio nazionale: l'Università degli Studi di Udine, l'Università degli Studi di Torino, l'Università degli Studi di Firenze, l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", l'Università degli Studi di Foggia, l'Università degli Studi di Salerno. Nella Tabella 1 sono riportate le frequenze relative alla partecipazione degli studenti per Ateneo e per anno di corso.

Le procedure di controllo dell'efficacia del PT

Le analisi statistiche effettuate sui risultati del PT, permettono di verificare se e in quale misura le domande siano valide e attendibili e, quindi, in grado di misurare i livelli di conoscenza e comprensione applicata prefissati dal Corso di studi (CdS). In particolare, l'Item analysis permette di ricavare informazioni sia sulla validità di una prova nel suo complesso e sia sul funzionamento dei singoli item (Lucisano e Salerno, 2002; Rasch, 1960; Wright, 2005). Gli aspetti che sono stati analizzati sono i seguenti (Benvenuto, 2003; Corbetta, 1992; Di Franco, 2001):

Coerenza interna del test: è stata verificata la coerenza interna del PT attraverso il calcolo del coefficiente Alfa di Cronbach, che misura il grado con cui un test rileva un singolo fattore. I test che misurano più di un fattore hanno valori di Cronbach bassi, mentre i test omogenei tendono a valori più elevati. L'Alfa può assumere valori compresi tra 0 e 1, per cui più i valori si avvicinano a 1, più forte sarà la coerenza interna del test suggerendo, in quest'ultimo caso, che esso raccoglie informazioni solo su di un fattore o tratto. La formula dell'Alfa di Cronbach è la seguente:

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum_i \sigma_i^2}{\sigma_{tot}^2} \right)$$

Dove n è il numero di item, σ_{tot}^2 è la varianza del punteggio totale e σ_i^2 la varianza dell'item i per l'insieme di individui in esame. Le soglie di accettabilità dell'Alfa di Cronbach sono riportate nella Tabella 2.

Tabella 1: Atenei dell'unità d'analisi per anno di corso

anno di corso	Foggia	Firenze	Sapienza ³	Salerno	Torino	Udine	tot. per anno di corso	tot. % per anno di corso
1	71	256	457	127	335	102	1348	13,6%
2	57	258	587	127	324	85	1438	14,5%
3	50	310	633	133	361	73	1560	15,7%
4	55	366	702	138	320	82	1663	16,8%
5	54	353	872	350	422	61	2112	21,3%
6	69	387	677	232	360	82	1807	18,2%
tot. Per Ateneo	356	1930	3928	1107	2122	485	9928	100%
tot. % per Ateneo	3,6%	19,4%	39,6%	11,2%	21,4%	4,9%	100%	

3 La Sapienza – Università di Roma ha rilasciato i dati per 4 Corsi di Laurea, denominati A, B, C, D. In questa tabella abbiamo riportato il dato aggregato, più utile ai fini della nostra analisi.

Tabella 2: Livelli dell'indice di coerenza del test

Alfa di Cronbach	
valori	coerenza interna
≤ 0,59	inadeguata
< 0,60 – 0,69 >	sufficiente
< 0,70 – 0,89 >	buona
≥ 0,90	ottimo

Efficacia degli item: l'efficacia dei singoli item può essere verificata calcolando alcuni parametri:

Indice di Facilità (P)

L'Indice di Facilità permette di sintetizzare il livello di facilità dell'item e in generale dell'intero test, mettendo in relazione gli studenti che hanno risposto correttamente al quesito con tutto il gruppo. Più è ampio il gruppo degli studenti che ha risposto in maniera corretta all'item, tanto più questa risulterà facile. La formula per il calcolo dell'Indice di Facilità è la seguente:

$$IdF = \frac{\sum_i x_i}{N}$$

Dove x_i è il punteggio dell'item i (dunque $\sum_i x_i$ è pari al numero delle risposte corrette) e N il numero di soggetti. Questo indice permette quindi di rivedere l'intera prova con l'obiettivo di rendere più difficili o più semplici alcuni quesiti in modo tale da ottenere una prova eterogenea.

Esistono soglie di accettabilità di questo indice: gli item che ottengono un punteggio compreso tra 0,25 e 0,75 possono essere considerati generalmente accettabili (Tabella 3). Tuttavia l'analisi di questo indice deve essere effettuata considerando gli scopi per i quali la prova è costruita. Nel caso specifico del PT, ci si aspetta valori più elevati al termine di un percorso formativo (sesto anno), e valori più bassi, che indicano un elevato livello di difficoltà degli item, all'inizio del corso di studi (primo anno).

Tabella 3: Livelli dell'Indice di Facilità

Indice di Facilità	
valori	facilità
$1 \leq p \leq 0,75$	facile
$0,74 \leq p \leq 0,50$	medio-facile
$0,49 \leq p \leq 0,25$	medio-difficile
$0,24 \leq p \leq 0$	difficile

Punto-Biseriale (P-Bis)

La discriminatività di un item è calcolabile attraverso la correlazione Punto-Biseriale e spiega se il quesito è in grado di distinguere gli studenti più preparati da quelli che lo sono meno. Si tratta di un coefficiente che si ottiene mettendo a confronto i risultati ottenuti da tutti gli studenti che hanno risposto correttamente a un singolo item, con i punteggi di tutti gli studenti all'intero test, meno quell'item. La formula per il calcolo del Punto-Biseriale è la seguente:

$$r_{p-bis} = \frac{x_e - x_t}{\sigma} \sqrt{\frac{p}{1-p}}$$

Dove \bar{x}_e è la media dei punteggi al test dei soggetti che hanno dato la risposta corretta all'item, \bar{x}_t è la media dei punteggi al test di tutti i soggetti, σ è la deviazione standard dei punteggi di tutti i soggetti e p è la frequenza relativa delle risposte esatte: $p = (x_i / N)$.

L'indice varia da -1 a +1. Il valore massimo di +1 viene raggiunto quando tutti gli studenti più competenti rispondono in maniera corretta al quesito, mentre nessuna risposta corretta viene data dal gruppo dei meno preparati. Il valore minimo teorico -1 si presenta quando tutti i migliori sbagliano e tutti i peggiori rispondono in maniera corretta. Se l'indice si avvicina a 0 sta a significare la mancanza di discriminatività e che l'item non è in grado di distinguere realmente i due gruppi di studenti.

Le soglie di accettabilità del Punto-Biseriale sono riportate nella Tabella 4.

Tabella 4: Livelli dell'Indice Punto-Biseriale (P-Bis)

Indice del Punto-Biseriale (P-Bis)	
valori	discriminatività
P-Bis ≥ 0,20	buona
0,20 > P-Bis > 0,15	debole
P-Bis ≤ 0,15	inadeguata

Come per l'Indice di Facilità, anche l'analisi dei valori che assume il Punto-Biseriale deve essere effettuata considerando gli scopi per i quali la prova è costruita. Nel caso specifico di una prova disciplinare, all'inizio del corso di studi (primo anno) ci si aspetta un valore alto, mentre al termine di un percorso formativo (sesto anno) sarà normale ottenere

valori più bassi, ma pur sempre accettabili (> 0,20). Al termine di un percorso universitario, infatti, tutti gli studenti dovrebbero raggiungere più o meno gli stessi livelli di competenza e, di conseguenza, le eventuali differenze iniziali tra di loro dovrebbero essere ridimensionate per effetto dell'attività didattica.

Funzionalità dei distrattori

Per ogni item abbiamo analizzato la distribuzione delle risposte degli studenti alle alternative del singolo quesito⁴. Questa analisi permette di capire se e in quale misura i distrattori (le modalità di risposta non corrette) abbiano funzionato in maniera efficace. Una domanda a scelta multipla con distrattori efficaci è caratterizzata da un'elevata frequenza di risposte per l'alternativa corretta e da una bilanciata attrattività dei distrattori. Di conseguenza, un distrattore non svolge adeguatamente la propria funzione quando viene scelto troppo spesso (probabilmente perché presenta troppi elementi in comune con la risposta corretta) o al contrario quando non viene mai scelto (presenta elementi poco plausibili). Nel caso specifico di una prova disciplinare ci si aspetta che al termine del percorso universitario le risposte corrette attirino maggiormente le preferenze degli studenti, a scapito di una buona distribuzione di scelte anche per i distrattori, mentre al primo anno ci si aspetta una più omogenea scelta da parte degli studenti anche delle alternative errate.

Gli indici illustrati considerano il gruppo come un solo insieme, ma dal momento che il gruppo è formato da studenti che possono raggiungere livelli di conoscenza, comprensione e competenza diversi, si esamina il grado di omogeneità o eterogeneità del gruppo attraverso il calcolo del **Coefficiente di Variazione (CdV)**, indice che si ottiene dal rapporto tra due parametri di una distribuzione, la media e la deviazione standard, espresso in percentuale:

$$CdV = \frac{s}{\bar{x}} * 100$$

Il CdV fornisce un'informazione relativa alla dispersione dei punteggi: quanto più è alto il suo valore tanto più i punteggi sono dispersi rispetto alla media. Quando il coefficiente è inferiore a 10 significa che un gruppo è omogeneo, mentre un coeffi-

ciente che supera il valore di 20 indica una forte eterogeneità del gruppo. Nel caso in cui la deviazione standard dalla media sia superiore alla media stessa si ottiene un CdV superiore a 100. Nel caso di una prova disciplinare, ci si attende che un CdV elevato all'inizio del percorso universitario (primo anno) diminuisca gradualmente negli anni successivi.

Risultati

Per la validazione della prova del PT sono state analizzate le risposte di 9.928 studenti, appartenenti ai sei anni di corso, ai 200 item a scelta multipla con cinque alternative di risposta che compongono la prova. Di seguito vengono riportati i dati analizzati per tutti gli anni di corso.

Nella Tabella 5 sono riportati gli indici di coerenza interna del test (Alfa di Cronbach), e i valori medi dell'Indice di Facilità e del Punto-Biseriale, per anno di corso.

Tabella 5: Alfa di Cronbach, Indice di Facilità e Punto Biseriale

	anno di corso					
	1	2	3	4	5	6
Alfa di Cronbach	0,92	0,94	0,93	0,93	0,95	0,94
Indice di Facilità	0,28	0,34	0,43	0,57	0,62	0,68
Punto-Biseriale	0,25	0,27	0,26	0,26	0,31	0,28

Per quanto riguarda la coerenza interna del test, si registrano valori dell'Alfa di Cronbach ottimi (superiori a 0,90) per tutti gli anni di corso, indicando complessivamente un'ottima coerenza interna del test.

I valori medi dell'indice di Facilità raggiungono un livello medio-difficile (0,28) per gli studenti del primo anno e un livello medio-facile (0,62 - 0,68) per gli studenti del quinto e sesto anno. Nonostante i punteggi medi non raggiungano mai il livello di Facilità più alto (> 0,75), neanche al sesto anno, è possibile comunque sostenere che gli studenti al termine del percorso di studi siano complessivamente più preparati ad affrontare con successo le domande del test. Questo dato trova riscontro nel fatto che il numero di item facili (cfr. Tabella 6; cioè con un Indice superiore a 0,75) aumenta dal primo (4%) al sesto anno (53,5%); allo stesso modo, gli item medio-difficili e difficili al primo anno sono complessivamente 166 (83%), mentre al sesto anno scendono a 45 (22,5%).

⁴ Nel caso specifico del TECO-D di Medicina e Chirurgia, ogni domanda è composta da cinque alternative di risposta, di cui una sola corretta e quattro distrattori plausibili.

Tabella 6: Numero di item per livelli dell'Indice di Facilità e anno di corso

N. Item per Livello di facilità	anno di corso											
	1		2		3		4		5		6	
Facile	8	4,0%	12	6,0%	24	12,0%	58	29,0%	78	39,0%	107	53,5%
Medio-facile	26	13,0%	30	15,0%	43	21,5%	70	35,0%	72	36,0%	48	24,0%
Medio-difficile	46	23,0%	71	35,5%	83	41,5%	43	21,5%	25	12,5%	23	11,5%
Difficile	120	60,0%	87	43,5%	50	25,0%	29	14,5%	25	12,5%	22	11,0%
Totale	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

Il Punto-Biseriale medio presenta valori adeguati ($> 0,20$) per tutti gli anni di corso, suggerendo che il PT è in grado di distinguere gli studenti più preparati da quelli che lo sono meno lungo tutto il percorso formativo (Tabella 5). Inoltre, la discriminatività degli item si mantiene su valori $> 0,20$ per circa il 70% dei quesiti (o più) per tutti gli anni di corso, mentre gli item non discriminativi non superano mai il 20% della prova (Tabella 7).

Se osserviamo l'andamento degli item per livello di discriminatività (Tabella 7) notiamo che la percentuale di item con un buon livello di discriminatività passa dal 71,5% del primo anno al 79,5% del sesto, con un picco di 82,5% al quinto anno, mentre la percentuale di item con Punto-Biseriale inadeguato rimane intorno al 14% al primo e al sesto anno (28 e 27 item rispettivamente). In linea generale, l'andamento della discriminatività dei singoli item conferma quanto detto rispetto al P-Bis medio della prova distinto per anno, in quanto la capacità di discriminare dei quesiti migliora durante il percorso universitario (il numero di item deboli si dimezza e aumentano gli item con buona discriminatività).

Nelle Tabella 8 sono riportati i principali indicatori utilizzati per analizzare la prova:

- numero di item che compongono il test;
- anno di corso degli studenti;
- numero degli studenti che hanno risposto al test (per anno di corso);
- punteggio (numero di risposte esatte) minimo ottenuto (per anno di corso);
- percentuale di studenti che hanno ottenuto il punteggio (numero di risposte esatte) minimo (per anno di corso);
- punteggio (numero di risposte esatte) massimo ottenuto (per anno di corso);
- percentuale di studenti che hanno ottenuto il punteggio (numero di risposte esatte) massimo (per anno di corso);
- punteggio (numero di risposte esatte) medio ottenuto (per anno di corso);
- deviazione standard dal punteggio medio (per anno di corso);
- punteggio medio normalizzato (rapporto tra punteggio medio e numero degli item, varia da 0 a 1) (per anno di corso);
- coefficiente di variazione (per anno di corso).

Tabella 7: Numero di item per livelli di discriminatività (P-Bis) e anno di corso

N. Item per Livello di discriminatività	anno di corso											
	1		2		3		4		5		6	
buona	143	71,5%	153	76,5%	145	72,5%	150	75,0%	165	82,5%	159	79,5%
debole	29	14,5%	19	9,5%	17	8,5%	10	5,0%	6	3,0%	14	7,0%
inadeguata	28	14,0%	28	14,0%	38	19,0%	40	20,0%	29	14,5%	27	13,5%
totale	200	100 %	200	100 %	200	100 %	200	100 %	200	100 %	200	100 %

Tabella 8: Indicatori del test per anno di corso

N. Item	Anno di corso	N. studenti	Punt. min	N. studenti P. min	% studenti P. min	P. max	N. studenti P. max	% studenti P. max	Punteggio medio	Dev. std. dei punteggi	Punteggio medio normalizzato	CdV
200	1	1.348	1	1	0,1%	141	1	0,1%	56,17	20,32	0,28	36,17%
	2	1.438	6	1	0,1%	151	1	0,1%	68,24	23,37	0,34	34,25%
	3	1.560	10	1	0,1%	145	1	0,1%	85,58	23,69	0,43	27,68%
	4	1.663	23	1	0,1%	156	3	0,2%	113,01	22,95	0,57	20,31%
	5	2.112	27	1	0,0%	166	2	0,1%	124,26	26,79	0,62	21,56%
	6	1.807	21	1	0,1%	170	2	0,1%	135,47	21,64	0,68	15,98%

Assegnando il valore di 1 a ogni risposta corretta e 0 a ogni risposta sbagliata o non data, il test può raggiungere un punteggio massimo teorico di 200 punti. Analizzando i punteggi grezzi, la media dei punteggi totali degli studenti è pari a 56,17 per il primo anno e a 135,47 per il sesto, con un incremento significativo al termine del percorso di studi. Il Coefficiente di Variazione (CdV), che offre un'informazione relativa alla dispersione dei punteggi e quindi all'eterogeneità dei gruppi, diminuisce progressivamente dal primo al sesto anno, indicando che al termine del percorso universitario gli studenti raggiungono livelli di preparazione più omogenei.

La progressione delle prestazioni degli studenti al test ad ogni passaggio d'anno è ulteriormente confermata dal valore medio dell'Indice di Facilità per anno (Figura 1).

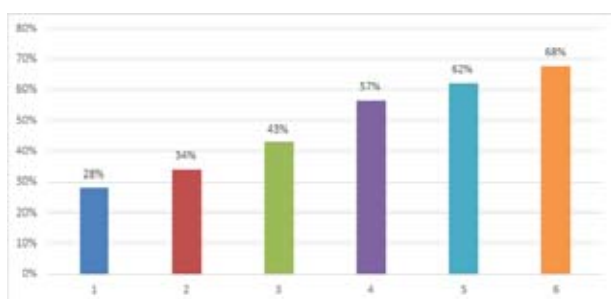


Figura 1 - Andamento Indice di facilità medio per anno di corso

Dalla Figura 1 risulta evidente che mentre al primo anno gli studenti rispondono in modo corretto mediamente a circa il 28% delle domande proposte, la quota di risposte corrette aumenta progressivamente a ogni passaggio d'anno, arrivando al 68% di risposte corrette mediamente date dagli studenti

del sesto anno. Lo scarto maggiore si registra tra il terzo e il quarto anno, intervallo all'interno del quale si evidenzia un incremento di risposte corrette del 14%.

Di seguito si riportano le rappresentazioni grafiche delle distribuzioni di frequenza dei punteggi (numero di risposte esatte) per anno di corso per l'intera prova. Queste rappresentazioni hanno lo scopo di facilitare la lettura delle differenze tra le distribuzioni dei punteggi per i sei anni di corso. Sull'asse verticale sono riportate le frequenze in numero assoluto degli studenti per anno di corso, mentre sull'asse orizzontale è riportata la distribuzione dei punteggi dal minimo al massimo ottenuto.

Per maggiore chiarezza abbiamo riportato la distribuzione dei punteggi dei primi tre anni di corso nella Figura 2 e dei restanti tre anni di corso (quarto, quinto e sesto) nella Figura 3. In generale, è possibile affermare che dal primo al sesto anno si registra un miglioramento progressivo delle prestazioni degli studenti.



Figura 2 - Distribuzione dei punteggi al primo, secondo e terzo anno

La distribuzione dei punteggi grezzi mostra un'evidente differenza tra le prestazioni degli studenti del primo anno e quelle negli anni successivi (Figura 2): la curva dei punteggi del primo anno si

trova all'estrema sinistra del grafico, evidenziando quindi punteggi minimi e massimi raggiunti dagli studenti più bassi rispetto agli altri due gruppi, secondo e terzo anno, le cui curve di distribuzione si spostano progressivamente verso le posizioni centrali del grafico, associate a punteggi minimi e bassi più alti. Le curve dei primi tre anni di corso assumono una forma appiattita (platicurtica), con code laterali abbastanza lunghe, a indicare una certa disomogeneità nei risultati al test ottenuti dagli studenti.

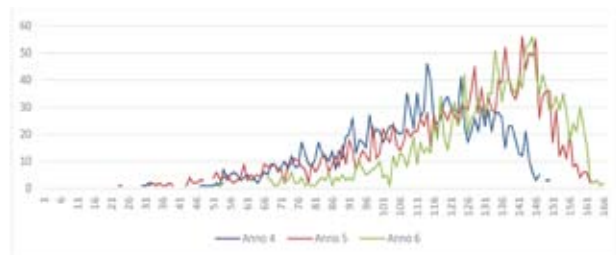


Figura 3 – Distribuzione dei punteggi al quarto, quinto e sesto anno

A partire dal quarto anno (Figura 3), e sempre di più al quinto e al sesto, le distribuzioni dei punteggi occupano un range meno ampio, assumendo una forma più allungata verso l'alto (normocurtica o leptocurtica). Questo aspetto evidenzia una maggiore omogeneità di prestazioni negli ultimi tre anni di corso, verosimilmente per effetto dell'azione didattica, e un progressivo miglioramento delle prestazioni degli studenti, confermato anche dallo spostamento delle curve verso la parte destra del grafico, associata a punteggi minimi e massimi più elevati.

Analisi delle criticità degli item

L'analisi della prova è accompagnata da un'analisi puntuale delle caratteristiche dei singoli item utilizzando i principali indici dell'Item Analysis classica: l'Indice di Facilità (P), il coefficiente Punto-Biserial (P-Bis), l'analisi delle frequenze per ogni modalità di risposta (distrattori/alternative e risposta esatta) e la frequenza delle omissioni. Per ogni item viene proposta una segnalazione per una revisione a cura del Gruppo di Lavoro, sulla base dei seguenti punti di attenzione:

Facilità stabile

L'item riceve questa segnalazione quando registra valori dell'Indice di Facilità relativamente stabili

dal primo al sesto anno. In questi casi, l'item potrebbe richiedere livelli di conoscenza già ampiamente acquisiti dagli studenti, risultando quindi facile sia all'inizio sia al termine del percorso di studi; viceversa, l'item potrebbe risultare estremamente difficile per tutti gli anni di corso. In entrambi i casi, il valore dell'indice potrebbe essere spiegato da un'effettiva facilità o difficoltà rispetto ai contenuti, oppure da un mancato bilanciamento dei distrattori, che possono risultare troppo deboli o troppo attrattivi, polarizzando le risposte in un senso o in un altro.

Facilità decrescente

L'item riceve questa segnalazione quando registra valori decrescenti di facilità tra il primo e il sesto anno, cioè quando risulta più difficile al termine del percorso universitario, suggerendo una perdita di informazioni acquisite negli anni precedenti.

Discriminatività debole o inadeguata

L'item riceve queste segnalazioni quando registra valori del Punto-Biserial deboli o inadeguati (al di sotto dello 0,20), spesso persino negativi, suggerendo che gli studenti migliori rispondono in modo corretto meno frequentemente dei compagni che conseguono risultati peggiori al test.

Discriminatività crescente

L'item riceve questa segnalazione quando registra valori del Punto-Biserial crescenti nel passaggio dal primo al sesto anno di corso. Il dato contraddice l'aspettativa di riscontrare per i singoli item una discriminatività minore man mano che si procede verso il termine del percorso di studi. In base all'analisi condotta, nessun item presenta una chiara discriminatività crescente tra il primo e il sesto anno.

Distrattori attrattivi o deboli

L'item riceve questa segnalazione quando alcuni item presentano distrattori poco bilanciati, che risultano troppo attrattivi rispetto all'alternativa corretta o troppo deboli.

Per ragioni di chiarezza espositiva gli item critici sono divisi in tre categorie:

- a) item con uno o più distrattori attrattivi;
- b) item con uno o più distrattori deboli;
- c) item con distrattori attrattivi e distrattori deboli.

Gli item della categoria a) contengono dei distrattori troppo plausibili, a volte scelti più frequentemente della risposta esatta. In questo caso, la revisione dell'item richiede di riformulare l'alternativa di risposta (o le alternative) in modo da renderla meno attrattiva. Tuttavia, è possibile che anche altri parti dell'item debbano essere riformulate. Ad esempio, la polarizzazione delle risposte verso un'alternativa sbagliata potrebbe essere dovuta anche a una cattiva formulazione del quesito, oppure a una errata elaborazione della risposta corretta.

Gli item della categoria b), invece, sono caratterizzati da uno o più distrattori deboli. L'item riceve questa segnalazione quando registra almeno un'alternativa con una frequenza di scelta inferiore a 0,05. In questi casi occorre rendere più plausibili le alternative, altrimenti il rischio è che alcune domande risultino troppo semplici, con un livello di facilità stabile nel passaggio da un anno di corso all'altro, e non in grado di discriminare adeguatamente gli studenti migliori.

Infine, gli item della categoria c) presentano sia distrattori troppo attrattivi sia distrattori troppo deboli. In questo caso, è necessario rivedere l'item a causa dell'evidente mancato bilanciamento dei distrattori.

Omissioni

L'item riceve questa segnalazione quando registra percentuali di omissioni superiori al 10%. In nessun caso si è presentata questa criticità all'interno del PT.

Discussione e conclusioni

In generale, la validazione del Progress Test / Training Test di Medicina e Chirurgia ha dimostrato che il test funziona adeguatamente anche se ci sono margini per migliorarlo. Infatti su 200, 115 item non registrano nessun tipo di criticità e 41 evidenziano una sola criticità e solo quattro item presentano più di tre criticità. La tipologia di criticità maggiormente riscontrata riguarda la funzionalità dei distrattori che in alcuni casi si rivelano troppo deboli o troppo attrattivi, mentre restano marginali le segnalazioni riguardanti l'Indice di Facilità. Infine, non sono stati riscontrati problemi riferibili a una discriminatività crescente dell'item, né percentuali elevate di omissioni in nessuno degli anni di corso presi in considerazione. La nostra analisi dimostra che il Progress Test / Training Test di Medicina e Chirurgia può a

tutti gli effetti essere utilizzato come TECO-D disciplinare perché ha un impianto solido, tecnicamente coerente e in grado di misurare effettivamente i livelli di conoscenze e competenze acquisiti dagli studenti al termine del percorso di studi universitari, contribuendo così al miglioramento della qualità dei processi formativi e all'attivazione di meccanismi di autovalutazione interni al mondo accademico stesso. Infine, è importante continuare a rimpinguare il bacino con nuove domande che abbiano le stesse caratteristiche di quelle validate.

Riferimenti

- Benvenuto, G. (2003). Mettere i voti a scuola. Introduzione alla docimologia. Carocci Editore, Roma.
- Corbetta, P. (1992). Metodi di analisi multivariata per le scienze sociali. Il Mulino, Bologna.
- Di Franco, G. (2001). EDS: esplorare, descrivere e sintetizzare i dati. Guida pratica all'analisi dei dati nella ricerca sociale. Franco Angeli, Milano.
- Lucisano, P. Salerni, A. (2002). Metodologia della ricerca in educazione e formazione. Carocci Editore, Roma. ISBN-10: 8843023667.
- Mennin, S.P. Kalishman, S. (1998). Student assessment Acad Med, 73 (Suppl.): S46-S54
- Rasch, G. (1960). Probabilistic models for some intelligence and attainment tests. Denmark's Pædagogiske Institut Copenhagen (rist. Chicago University Press, Chicago, 1980).
- Recchia L., Moncharmont B., Dal Progress Test al Training Test: analisi dei risultati finali 2018, Medicina e Chirurgia, 82, 3650-3654, 2019. DOI: 10.4487/medchir2019-82-2
- Rumiati R., Ciolfi A., Di Benedetto A., Sabella M., Infurna M., Ancaiani A., Checchi D. : (2018). Key-competences in higher education as a tool for democracy, Form@Re - Open Journal Per La Formazione In Rete, 18(3), 7-18, disponibile su <https://oj.fupress.net/index.php/formare/issue/view/312>.
- Rumiati R.I., Checchi D., Ancaiani A., Ciolfi A., Sabella M., Infurna M.R., Di Benedetto A. (2019). Il Problem Solving come competenza trasversale. Inquadramento e prospettive nell'ambito del progetto TECO, Scuola Democratica, 1, 239-257. ISSN 1129-731X.
- Tenore, A. (2010). Il Progress Test. Considerazioni e speranze per il futuro delle Facoltà di Medicina italiane. Medicina e Chirurgia, 49, 2123-2130.
- Wright, B.D. (2005). Solving measurement problems with the Rasch model. Journal of Educational Measurement, 14 (2): 97 - 116. DOI: 10.1111/j.1745-3984.1977.tb00031.x

Analisi delle attività di orientamento universitario svolte negli atenei italiani

Analysis of university orientation in the Italian universities

F. Longo², S. Basili¹, C. Farulla³, M. Relucenti⁴, C. Barbaranelli³, M. Elia³, G. Familiari⁴

¹ *Facoltà di Medicina e Odontoiatria, Università di Roma La Sapienza*

² *Facoltà di Medicina e Psicologia, Università di Roma La Sapienza, MIUR, IIS G. De Sanctis*

³ *Facoltà di Medicina e Psicologia, Università di Roma La Sapienza*

⁴ *Facoltà di Farmacia e Medicina, Università di Roma La Sapienza*

Parole chiave: Orientamento universitario, abbandono degli studi, qualificazione, istituti superiori, ordini dei Medici provinciali

Keywords: university orientation, dropout rates, qualification, higher education institution, Provincial Medical Associations

Riassunto

Un'azione mirata congiunta del Ministero dell'istruzione e di quello dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica può consentire di svolgere efficaci attività di informazione e orientamento, per ridurre gli abbandoni, l'eccessivo prolungamento degli studi, e stimolare la partecipazione attiva degli studenti nell'ambiente scolastico e nelle facoltà. Tutte queste azioni sono rese indispensabili alla luce dei cambiamenti nella società e nel mercato del lavoro. Per comprendere come le università italiane gestiscano l'orientamento universitario, è stato distribuito un questionario con 33 domande riguardanti l'organizzazione dell'orientamento universitario nelle varie università italiane. Hanno partecipato alla nostra indagine 30 Presidenti dei corsi di laurea in medicina e chirurgia di vari atenei. I risultati ottenuti indicano come vi siano rapporti soddisfacenti con gli Istituti di istruzione superiore e con gli Ordini dei Medici Provinciali, anche se questi sono principalmente focalizzati su iniziative di informazione ed orientamento (100/60%) e meno indirizzati in percorsi di formazione specifica nelle diverse tipologie (60/12%). Emerge anche la necessità di implementare le iniziative di supporto psicologico alla scelta (36%). L'orientamento, nelle sue varie dimensioni (diffusione di informazioni, formazione, facilitazione delle scelte e supporto per l'inclusione negli ambienti di studio e di lavoro), deve essere inserito nel quadro delle iniziative di riforma delle scuole e delle università; ciò richiede una forte connessione istituzionale tra scuole e università e tra queste e altre entità pubbliche e private che si impegnano in processi di qualificazione professionale.

Abstract

A joint targeted action of the Ministry of Education and the Ministry of University and Scientific and Technological Research, can enable effective information and guidance activities to be carried out in order to reduce dropout rates, excessive extension of studies, and to stimulate the active participation of students in the school environment and faculties. All these actions are made indispensable in the light of changes in society and the job market. In order to understand how Italian universities manage university orientation, a questionnaire with 33 questions concerning the organization of university orientation in the various Italian universities was distributed. 30 Presidents of the degree courses in medicine and surgery of various universities participated in our survey. The results obtained indicate that there are satisfactory relations with higher education institutions and with the Provincial Medical Associations, even if these are mainly focused on information and orientation initiatives (100/60%) and less addressed in specific training courses in the different types (60/12%). It also emerges the need to implement initiatives of psychological support to the choice (36%). Orientation, in its various dimensions (dissemination of information, training, facilitation of choices and support for inclusion in study and work environments), must be included in the framework of the reform initiatives of schools and universities; this requires a strong institutional connection between schools and universities and between these and other public and private entities that are involved in professional qualification processes.

Introduzione

L'Unione Europea ha conferito un ruolo strategico all'università, alla formazione e all'orientamento per una crescita intelligente, sostenibile, inclusiva proponendosi di realizzare uno sviluppo economico basato sulla conoscenza (Comunicazione della Commissione [COM (2010) 2020] <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2010/IT/1-2010-2020-IT-F1-1.Pdf>). Fin dal suo lancio nel 2010 e si è tradotta nel

programma “Istruzione e Formazione 2020” (2009/C119/02) (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2009:119:FULL&from=HR>).

Di molto interesse risulta essere anche la Circolare Ministeriale n.43 del 15 aprile 2009, che ha fissato da tempo le coordinate delle attività di orientamento in ambito scolastico, sottolineando la necessità di un “passaggio da una prassi di orientamento di tipo quasi esclusivamente informativa e limitata ai momenti di transizione e decisione, ad un approccio olistico e formativo per cui l’orientamento investe il processo globale di crescita della persona, si estende lungo tutto l’arco della vita, è presente nel processo educativo sin dalla scuola primaria ed è trasversale a tutte le discipline” (https://www.istruzione.it/archivio/web/istruzione/cm43_09.html).

I principi su cui l’attività di orientamento si dovrebbe fondare sono quindi rappresentati da due importanti pilastri: 1. considerare l’orientamento come un lungo processo formativo attraverso il quale i giovani maturano le competenze per scegliere il proprio futuro e partecipare attivamente con maggiore efficacia negli ambienti di studio; 2. Diffondere, durante il percorso di studio, non solo informazioni, ma soprattutto formazione, che aiuti lo studente nel suo cammino universitario.

Su questi due principi si basa, ad esempio, il progetto di “orientamento in rete” dell’Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, nato nel 1999 e continuamente aggiornato ed ampliato nel tempo (Longo et al., 2019).

Considerando la fondamentale importanza dell’orientamento, e le scarse pubblicazioni presenti nella letteratura internazionale (Ellaway et al., 2014), abbiamo proposto una survey nazionale sulle attività di orientamento svolte oggi in Italia, allo scopo di porre l’attenzione su quanto viene svolto, sul nostro territorio, in tema di transizione scuola-università. Lo scopo è quello di porre delle basi conoscitive sistematiche, in modo da poter promuovere iniziative

efficaci e che seguano le indicazioni della Comunità Europea.

Materiali e metodi

L’analisi delle attività di orientamento universitario attualmente presenti in Italia, è stata condotta mediante somministrazione di un questionario compilato online attraverso il servizio Moduli di Google. Il questionario è stato inviato via e-mail tramite link ipertestuale ai Presidenti dei Corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia dei diversi atenei italiani. Il questionario era articolato su 33 quesiti, divisi in 6 sezioni: a) esistenza di rapporti con gli istituti secondari e gli ordini dei medici; b) tipologie di attività di informazione e orientamento in atto; c) tipologie di attività formative in atto; d) costi delle attività di formazione; e) gestione delle attività di orientamento; f) durata dei corsi di formazione e orientamento (Tabelle 1-6).

Risultati

I corsi di laurea in medicina e chirurgia in lingua italiana che hanno partecipato alla nostra indagine sono 30 su un totale di 49, il numero totale di studenti gestiti dai corsi di laurea esaminati è di 7.618 su un totale di 10.807 (anno accademico 2019-2020). In particolare, hanno risposto al questionario i seguenti Corsi di Laurea in medicina e chirurgia in lingua italiana: Bologna, Brescia, Catanzaro, Chieti-Pescara, Ferrara, Firenze, Genova, Insubria Varese, Messina, Milano polo centrale, Milano San Paolo, Milano Bicocca, Milano San Raffaele, Modena e Reggio Emilia, Napoli Federico II, Napoli secondo Ateneo Luigi Vanvitelli Napoli e polo Caserta, Padova, Parma, Perugia, Piemonte Orientale, Pisa, Roma Sapienza Corsi A-E e Sant’Andrea, Roma Tor Vergata, Roma Campus Biomedico, Salerno Baronissi, Trieste, Verona.

Nelle Tabelle 1-6 sono riportati i dati relativi ai risultati delle varie sezioni del questionario. I risultati sono espressi come percentuali di risposte positive alla domanda posta.

Tabella 1

MODALITÀ DEI RAPPORTI CON GLI ISTITUTI SECONDARI E GLI ORDINI DEI MEDICI	SI%
Rapporti con gli Istituti Secondari di II grado	100%
Convenzioni con gli Istituti Secondari di II Grado	60%
Reti con gli Istituti Secondari di II Grado	40%
Convenzioni con licei con curvatura biomedica	24%
Progetti PCTO- ASL con curvatura biomedica	16%
Convenzioni con l’Ordine dei Medici della Provincia	60%

Tabella 2

ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE E ORIENTAMENTO	SI%
Giornate di Orientamento presso l'Ateneo	100%
Giornate di Orientamento presso gli Istituti Secondari di II Grado	84%
Questionari di Orientamento per gli studenti sul portale dell'Ateneo	60%
Possibilità per gli studenti di vivere una Giornata da Matricola in Ateneo	52%
Vi è un SORT tenuto da psicologi per supportare gli studenti nella loro scelta	36%

Tabella 3

DIVERSE TIPOLOGIE DI ATTIVITÀ FORMATIVE	SI%
Simulazioni del test di ammissione in Ateneo	60%
Piattaforma e-learning con materiale didattico scaricabile	52%
Piattaforma e-learning con simulazioni e test	48%
Possibilità di fare Esame di Inglese Scientifico riconosciuto prima dell'Esame di Stato	44%
Corsi per la preparazione ai test di ammissione in presenza in Ateneo al termine delle lezioni scolastiche	40%
Corsi e-learning per la preparazione ai test di ammissione con video lezioni	32%
Corsi per la preparazione ai test di ammissione in presenza in Ateneo durante il periodo scolastico	12%

Tabella 4

COSTI DEI CORSI IN PRESENZA PER LA PREPARAZIONE AI TEST DI AMMISSIONE	SI%
Corsi in presenza per la preparazione ai test di ammissione, gratuiti	28%
Corsi in presenza per la preparazione ai test di ammissione a pagamento con quote tra 50 e 100 €	16%
Corsi in presenza per la preparazione ai test di ammissione a pagamento con quote superiori a 100 €	20%

Tabella 5

GESTIONE DEI CORSI	SI%
I corsi sia in presenza che in e-learning sono gestiti dall'Ateneo	52%
I corsi sia in presenza che e-learning sono gestiti dalla Facoltà	36%
E' prevista la figura di un Management Didattico	52%
Se sì, è un docente universitario	24%
Se sì, è un docente di Scuola Superiore	16%
Se sì, altra figura	12%

Tabella 6

DURATA DEI CORSI	SI%
Ore dei corsi in presenza tra 10 e 20 ore	12%
Ore dei corsi in presenza tra 21 e 40 ore	20%
Ore dei corsi in presenza tra 41 e 70 ore	20%
Ore dei corsi in presenza superiori a 70 ore	12%

Discussione

I risultati della nostra indagine possono essere considerati rappresentativi della realtà nazionale, poiché abbiamo analizzato il 61,2% dei corsi di laurea in medicina e chirurgia in lingua italiana, frequentati dal 70,5 % del totale degli studenti immatricolati nell'anno accademico 2019-2020.

L'analisi della modalità dei rapporti intrattenuti dagli atenei con gli istituti secondari e gli ordini dei

medici (Tabella 1) mostra come la totalità degli atenei abbia rapporti con gli istituti superiori di secondo grado, tuttavia la percentuale scende molto se si considerano le convenzioni (solo il 60%) e scende ulteriormente (40%) quando si valuta la presenza di reti. Sono da apprezzare i progetti PCTO-Asl, percorsi di orientamento e laboratori specifici all'interno dell'offerta formativa, che permettono agli studenti di acquisire competenze spendibili nel cammino

universitario. Sebbene questi progetti siano portati avanti da un gruppo ancora piccolo di atenei (16%) rappresentano sicuramente una buona opportunità per intensificare i rapporti scuola-università. In moltissimi indirizzi scolastici si è recentemente attivato il liceo biomedico che prevede la stipula di convenzioni con Atenei o con l'Ordine dei Medici. Attualmente, solo il 24% degli Atenei dichiara di avere attive convenzioni con licei con curvatura biomedica, mentre il 60% degli Atenei italiani dichiara di avere convenzioni con l'Ordine dei Medici provinciale con il fine dell'orientamento universitario.

I risultati concernenti le tipologie di attività di informazione e orientamento svolte dagli atenei (Tabella 2) mostrano che tutti gli atenei svolgono giornate dedicate all'orientamento, sebbene tali attività vengano svolte principalmente presso le loro sedi (100%), e in misura minore presso gli istituti superiori (84%). Una recente innovazione è stata quella dell'introduzione di questionari di orientamento nei portali degli atenei, portata avanti, per il momento, dal 60% delle sedi esaminate. Circa il 50% delle sedi considerate sta attuando un nuovo progetto: "Una giornata da matricola", nel quale gli studenti delle superiori hanno la possibilità di assistere ad alcune lezioni del primo anno del corso di Laurea di Medicina. Gli studenti delle superiori, immersi nella realtà di una giornata universitaria, saranno maggiormente consapevoli della loro scelta. Le attività di orientamento e tutorato, svolte mediante uno sportello dedicato (SORT) sono messe in atto solo dal 36% degli Atenei. Questa percentuale dovrebbe essere incrementata, infatti la presenza di Psicologi che siano in grado di supportare gli Studenti nella loro scelta, anche per quanto riguarda l'aspetto motivazionale ad essa legato, aiuta a prevenire gli abbandoni del corso di studi.

Le diverse tipologie di attività formative svolte dagli atenei sono state esaminate nella Tabella 3; queste attività sono volte a colmare il gap di conoscenze e competenze richieste per l'accesso universitario. I nostri dati mostrano come molti atenei italiani abbiano predisposto piattaforme di e-learning con materiale didattico scaricabile (52%) simulazioni e test (48%) o semplicemente simulazioni (60%), durante le quali lo studente può auto valutarsi prendendo coscienza delle proprie attitudini, della propria preparazione e impegnarsi ad integrarla e potenziarla in relazione alle richieste dell'accesso universitario. Solo il 40% degli Atenei organizza corsi in presenza al termine delle lezioni scolastiche, e solo il 12% di essi organizza corsi in presenza durante il periodo scolastico. Molto utile per gli studenti è la possibilità, fornita dal 44%

degli atenei, di svolgere l'esame di inglese scientifico prima dell'esame di Maturità. I risultati mostrano che almeno la metà delle sedi considerate deve migliorare le attività in e-learning e anche quelle in presenza durante il periodo estivo, e che la maggior parte delle sedi (78%) devono impegnarsi ad organizzare attività formative durante l'anno scolastico.

Per quanto riguarda il costo dei corsi di formazione (Tabella 4), dalla nostra indagine emerge come il 28% delle sedi considerate offra questi corsi gratuitamente, mentre altri Atenei chiedano quote minime (soprattutto se considerate alle migliaia di euro richieste dai privati) che variano dai 50 ai 100 Euro, e solo nel 20% dei casi siano superiori a 100 Euro.

La gestione dei corsi (Tabella 5) risulta essere maggiormente in carico all'Ateneo (52%), mentre meno coinvolte direttamente sembrano essere le Facoltà (36%). E' presente la figura di un management didattico specifico (52%), il cui coordinamento è maggiormente in carico ad un Docente Universitario (24%), anche se in alcuni casi esso è affidato ad un Docente di Scuola Superiore (16%) o ad altre figure (12%).

La durata dei corsi di formazione (Tabella 6) evidenzia come la metà delle sedi considerate organizza corsi di durata inferiore alle 40 ore, mentre la restante parte organizza corsi più corposi, fino ad un massimo di 70 ore ed oltre. Anche in questo caso si registra una differenza significativa nella consistenza dell'offerta formativa proposta, in relazione a risultati di apprendimento molto probabilmente diversi, ma tutti da analizzare in dettaglio.

Conclusioni

Nostri Studi precedenti mostrano una relazione positiva tra attività di orientamento di tipo prevalentemente formativo e motivazionale che si manifesta inizialmente nell'esito favorevole al test di ingresso (Falaschi et al., 2002; 2007; 2013; Familiari et al., 2002, 2006) e, successivamente, nella presenza di migliori risultati nella progressione e nella qualità accademica, soprattutto nei primi due anni del Corso di Medicina e Chirurgia (Familiari et al., 2004; Falaschi et al., 2011; Eleuteri et al., 2016; Longo et al., 2019). Deve essere inoltre essere notato come anche attività di e-learning siano da considerarsi molto utili nell'offrire un adeguato supporto di preparazione ai test di ingresso per Medicina e Chirurgia (Falaschi et al., 2006; Familiari et al., 2017; Longo et al., 2018; Longo et al., 2019). Questo studio mette in evidenza come oggi, in Italia, sia molto ben sviluppato l'orientamento di tipo informativo e di indirizzo, mentre debba essere ampliato quello di tipo forma-

tivo. Anche non molto presenti sembrano essere i servizi di tipo psicologico, di aiuto e di sostegno per quegli Studenti che non hanno ancora ben chiaro se intraprendere gli studi in area medica.

Allo scopo di favorire le interazioni scuola-università, è necessaria una forte integrazione fra le istituzioni educative (scuole ed università), auspicando la costituzione di una “rete” reale di relazioni e di iniziative comuni sulla base del principio della corresponsabilità di tutti rispetto ai problemi.

PCTO, POT e liceo biomedico rappresentano sicuramente due momenti importanti per creare questa rete, e che debbono essere implementati nell'immediato futuro. In questi ambiti stanno nascendo diverse attività che permettano agli studenti di frequentare il mondo universitario, di conoscerlo e di integrare le proprie conoscenze e competenze sanando il gap tra scuola e università, che è causa dei fenomeni di dispersione, dell'abbandono e del ritardo nella conclusione degli studi universitari.

In ultima analisi, il solo l'orientamento informativo ci sembra essere poco utile, è invece di grande

utilità un orientamento di tipo formativo, che comprenda lo sviluppo di competenze trasversali (soft skills), utili agli studenti per definire e poi gestire un proprio progetto di sviluppo professionale, mettere al centro dell'attività la soggettività di ogni studente, per aiutarlo ad esplorare i propri obiettivi, gli interessi e le proprie potenzialità, individuando nel mondo esterno alla scuola gli spazi e i contesti futuri di apprendimento e di studio che meglio rispondono alle proprie aspirazioni e caratteristiche.

L'orientamento deve essere ormai considerato un cammino, un percorso che inizia nel terzo anno della scuola superiore e termina nei primi anni dell'università. Gli atenei negli anni passati hanno già organizzato attività per gli Obblighi Formativi Aggiuntivi (OFA), tutorato peer to peer, sportelli SORT, ma è necessaria un'azione più capillare che non sia presente solo nel mondo universitario nei primi anni di corso, ma che sia calata anche nella realtà scolastica e che fortifichi lo studente rendendolo partecipe della vita universitaria già dagli anni del secondo biennio e dell'ultimo anno di scuola superiore.

Bibliografia

- Eleuteri S, Familiari G, Longo F, Ditoma K, Barbaranelli C, Falaschi P, The impact of specific preparatory courses upon academic success during Medical Degree-Course Studies at Sapienza University, Conferenza Internazionale AMEE, Association for Medical Education in Europe, 27-31, August 2016, Barcellona, Spagna.
- Ellaway RH, Cooper G, Al-Idrissi T, Dubè T, Graves L. Discourses of student orientation to medical education programs. *Med Educ Online* 19:23714, 2014.
- Falaschi P, Brienza L, Morisani L, Familiari G. Orientamento e successo formativo. *Medic.* 2002; 10: 9-15.
- Falaschi P, Brienza L, Morisani L, Relucenti M, Gaudio E, Familiari G. Vocational guidance and educational success: six years' experience of an e-learning network, conferenza internazionale AMEE, Association for Medical Education in Europe, 14-18 September 2006 Genoa, Italy.
- Falaschi P, Longo F, Fancetti E, Eleuteri S, Relucenti M, Familiari G. The role of specific preparatory courses for entry to the Medical, Bio-medical and Health-care course degrees in Italy, Conferenza Internazionale AMEE, Association for Medical Education in Europe, 24-28, August 2013, Praga, Repubblica Ceca.
- Falaschi P, Morisani L, Brienza L, Relucenti M, Baldini R, Heyn R, Cicone F, Gaudio E, Ziparo V, Familiari G. Effect of a pre-university orientation course on applicants' ranking in the medical admission test, conferenza internazionale AMEE, Association for Medical Education in Europe, 25-29 August 2007 Trondheim, Norway.
- Falaschi P, Relucenti M, Familiari G, Longo F, Fancetti E, Morisani L, Redler A, Gaudio E, Ziparo V. Online pre-university orientation project improves students' performance for the medical school admission test: ten years experience, conferenza internazionale AMEE, Association for Medical Education in Europe, 29-31, August 2011, Vienna, Austria.
- Familiari G, Falaschi P, Morisani M, Brienza L, Gaudio E, Frati L, Ziparo V, Lenzi A. Corsi di orientamento in preparazione alle prove di accesso ai corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e nelle Professioni Sanitarie: una proposta di cooperazione Scuola-Università. *Med. Chir.* 35: 1413-1417, 2006.
- Familiari G, Gaudio E, Frati L et al. Indagine nazionale su “ingresso a Medicina e risultati del I e II anno”. Dati preliminari sulla correlazione tra maturità, test di ingresso ministeriale e media degli esami del I e II anno. *Med. Chir.* 2004; 25: 943-947.
- Familiari G, Longo F, Eleuteri S, Elia M, Farulla C, Falaschi P. Online pre-university orientation project improves students' performance for the medical school admission test: eighteen years experience *Atti Moodle Moot 2017*
- Familiari G, Gallo P, Lenzi A et al. Orientamento, accesso a Medicina e debito formativo. Ipotesi di studio e prospettive future. *Med. Chir.* 2002; 19: 695-703.
- Longo F, Farulla C, Eleuteri S, Relucenti M, Barbaranelli C, Elia M, Basili S, Familiari G. Preparare i giovani insieme: Un esempio di continuità Scuola-Università. Il Progetto Orientamento in Rete di Sapienza: riallineamento dei saperi minimi. *Med Chir* 83: 3680-3684, 2019.
- Longo F, Farulla C, Elia M, Familiari G. Moodle come piattaforma per la preparazione ai test di accesso alle facoltà biomediche: il progetto orientamento in rete *Atti Moodle Moot 2018*.

La laurea magistrale impatta sulle conoscenze, l'occupazione e l'upgrading professionale? Una survey nel CLM in Scienze Riabilitative dell'Università di Milano

Does the Master's degree impact on healthcare knowledge, employment and professional upgrading? A survey in the MSc in Rehabilitation of the University of Milan

A cura di G. Bernardelli, K. Daniele, E. Amenta, E. Alberti, A. Delle Fave, L. Zannini

Giuseppina Bernardelli, *Ricercatore in Scienze Riabilitative, Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità; Responsabile del Progetto di tirocinio Corso di Laurea magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni sanitarie Università degli Studi di Milano.*

Katia Daniele, *Dottorato di ricerca in Educazione nella Società Contemporanea, Università degli Studi di Milano Bicocca.*

Erica Amenta, *Corso di Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie Università degli Studi di Milano.*

Elisa Alberti, *Corso di Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni sanitarie Università degli Studi di Milano.*

Antonella Delle Fave, *Professore Ordinario, Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti, Presidente del Collegio Didattico Corso di Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie Università degli Studi di Milano.*

Lucia Zannini, *Professore Associato di Pedagogia, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano.*

Abstract

Questa indagine esplora aspettative, percezione dello sviluppo delle conoscenze, situazione lavorativa, sviluppo professionale e upgrading in un gruppo di studenti e di laureati magistrali in Scienze Riabilitative (LMSR) dell'Università di Milano (UNIMI).

Sono stati reclutati tutti gli studenti iscritti dall'A.A. 08/09 al 16/17 (n=213) e intervistati con tre questionari creati ad hoc e somministrati all'immatricolazione (T0), alla laurea (T1) e dopo un anno (T2). Gli intervistati sono stati arbitrariamente suddivisi in junior (età < 40) e senior (≥40). A T0-T1 ha risposto il 58.68% della popolazione; a T2, il 68.8%.

Abbiamo rilevato: abbassamento dell'età media e maggiore differenziazione dei profili professionali degli iscritti alla LMSR, diminuzione dell'aspettativa dell'upgrading, percezione di incremento delle conoscenze a T1, soprattutto pedagogiche. Nella popolazione generale, l'occupazione passa dal 58 (T0) al 93% (T1) e secondo gli intervistati la LMSR ha avuto un ruolo rilevante. Il 96% è soddisfatto del percorso di studio.

A un anno dalla laurea (T2), il 43% migliora/stabilizza la condizione lavorativa. L'autonomia decisionale passa dal 33% (T0) a 55% (T2). Il 19% prosegue gli studi (50% Master; 25% Dottorato).

Ulteriore ricerca, anche in altre LM, è necessaria per comprendere come trasformare/migliorare la formazione post-base alla luce di bisogni e carriere degli studenti.

Parole chiave: Laurea Magistrale in Scienze della Riabilitazione, stato occupazionale, survey, sviluppo professionale, valutazione

Abstract

This survey explores expectations, perception of knowledge improvement, employment, professional development and upgrading in a group of students and graduates of the Ma-

ster of Science in Rehabilitation (MScR), University of Milan (UNIMI).

All students enrolled from the A.Y. 08/09 to 16/17 (n=213) have been included and interviewed with three questionnaires administered at registration (T0), graduation (T1) and after one year (T2). The interviewees were arbitrarily divided into junior (age <40) and senior (≥40).

Fifty-eight% of the enrolled students answered (population T0-T1). At T2, 68.8% of the T0-T1 population responded.

We found a decreasing of the average age of those registered in MScR, a greater differentiation of the rehabilitative professional profiles enrolled in the program, a reduction of the expectation of upgrading, a perception of increasing knowledge at T1, especially pedagogical. Employment increased from 58% (T0) to 93% (T1); according to the interviewees, the MScR played an important role in that change. Ninety-six% were satisfied.

One year after graduation (T2), 43% improve/stabilize their working conditions. Perceived decision-making autonomy increases from 33% (T0) to 55% (T2). Nineteen% continued their studies (50% Master; 25% Doctorate).

Further research is needed, to understand how to transform/improve postgraduate training, according to MScR students' needs and careers.

Key words: *Employment, evaluation, Master of Science in Rehabilitation, survey, professional development*

Introduzione

Le Lauree Magistrali (LM) sanitarie rispondono all'esigenza di formare figure con competenze per ricoprire posizioni manageriali, progettare e attuare la formazione e fare ricerca. Tali ruoli in passato erano attribuiti senza una specifica regola, per anzianità di servizio o acquisizione di merito; attualmente, invece, il titolo magistrale è un requisito legislativo e contrattuale per ricoprire cariche apicali nelle aziende, incarichi di docenza per i settori MED/45-50 e per accedere al Dottorato.

A oltre dieci anni dalla loro istituzione, in Conferenza e in Giunta si discute se siano percorsi ancora rispondenti al mandato istitutivo e sulla necessità di rivederli in termini di contenuti e organizzazione.

Nel sistema universitario italiano, la cultura della valutazione, intesa come analisi della soddisfazione anche lavorativa, dell'occupazione e delle prospettive economiche (Gianbalvo et al, 2015; Mastrillo, 2018), è divenuta in questi ultimi anni un argomento di sempre maggiore interesse. Si sono sperimentati metodi di indagine sui laureati e occupati (ISTAT, 2009) e introdotte pratiche che ne garantiscono la validità, nonché processi di autovalutazione.

La condizione occupazionale è indagata da AlmaLaurea e concorre a dare una visione più chiara sul possibile "cambiamento lavorativo" in relazione agli sbocchi professionali previsti/auspicabili del percorso formativo analizzato, sul tasso occupazionale, sulle difficoltà a trovare un'occupazione coerente rispetto al profilo del laureato e sull'adeguatezza della retribuzione rispetto al titolo¹.

Questo non è tuttavia l'unico modo per valutare gli effetti della formazione. Nell'ECM infatti, uno dei modelli maggiormente utilizzati per la valutazione della formazione è quello di Kirkpatrick (1994), che descrive quattro livelli: gradimento, apprendimento, comportamento sul lavoro e impatto sull'organizzazione. Se traslato alla formazione sanitaria universitaria, i primi due livelli possono essere considerati pienamente interni all'accademia e pertanto di più immediata valutabilità, mentre per gli ultimi due concorrono fattori ambientali e sociali esterni, che rendono il processo più difficile, ma altresì importante e significativo.

In particolare, la valutazione delle ricadute formative di un percorso universitario viene effettuata sia mediante la raccolta di dati oggettivi (analisi di varie tipologie di documenti) sia attraverso sistemi di valutazione diretta dei soggetti, come accade nei processi di valutazione interna delle aziende o in quelli di certificazione o ri-certificazione delle competenze (Tian et al, 2007).

La letteratura attribuisce altresì grande importanza a pratiche di autovalutazione da parte di soggetti, chiamati a esprimersi, spesso con questionari, sull'evoluzione delle loro conoscenze e competenze (Casebeer et al., 2004; Leong et al., 2010; Trewet & Fjortoft, 2013; Lawton et al., 2017).

Nonostante ciò, la valutazione viene spesso sottovalutata e considerata inutile dispendio di tempo e risorse. Il suo rafforzamento favorirebbe invece la crescita, lo sviluppo e l'innovazione del mondo accademico, in termini di efficienza e di efficacia.

Lo scopo del nostro lavoro è stato di valutare l'impatto della LMSR di UNIMI sulla percezione dell'evoluzione delle proprie conoscenze e capacità in diversi ambiti disciplinari pre- e post-laurea, sull'occupazione e sulle progressioni di carriera in un gruppo di studenti e di laureati mediante alcuni questionari creati ad hoc. Al contempo, è stato possibile mappare tale popolazione.

Metodo

È stata condotta un'indagine osservazionale descrittiva tra gli immatricolati e i laureati dal A.A. 08/09 al 16/17. Il percorso è attivo dall'A.A. 08/09 con un potenziale formativo di 20 posti, aumentato a 25 nel 12/13.

Per analizzare la popolazione degli immatricolati, il livello iniziale di conoscenze percepite, lo stato occupazionale e le aspettative, è stato somministrato all'immatricolazione (T0) il Questionario Entering Behaviour (QEB) (Bernardelli et al., 2013), introdotto nel 08/09 e reso obbligatorio dal 10/11; esso caratterizza lo studente per età, profilo professionale, titolo di studio, stato occupazionale, background formativo ed esperienziale e indaga, mediante un processo di autovalutazione, le co-noscenze iniziali nei tre ambiti della magistrale: area della ricerca, pedagogica (formazione/didattica) e del management.

Per indagare la percezione dell'efficacia del percorso formativo, intesa come miglioramento di co-noscenze, lo stato occupazionale, l'upgrading professionale e la soddisfazione, è stato somministrato alla laurea (T1) l'Outcome Behaviour (QOB) introdotto nell'A.A. 10/11.

Per misurare la percezione del mantenimento/sviluppo delle conoscenze e la ricaduta formativa, le condizioni lavorative, l'upgrading professionale e la soddisfazione a distanza di tempo, è stato somministrato telefonicamente a un anno dalla laurea (T2) l'Upgrading Map (QUM) introdotto nell'anno accademico 14/15.

I questionari prevedono domande a risposta chiusa con una sola opzione possibile su una scala Likert da 1 a 4 (insufficiente/assolutamente no, sufficiente/più no che sì, adeguato/più sì che no, eccellente/assolutamente sì) e a risposta aperta. I punteggi 1 e 2

¹ Si veda almalaurea.it/universita/statistiche/metodologia-di-rilevazione (ultimo accesso 10/4/2020).

sono considerati negativi; i punteggi 3 e 4 positivi.

Tutti gli studenti firmano un consenso informato al trattamento dei dati per il QEB e il QOB; per il QUM viene richiesto prima di iniziare l'intervista telefonica.

I dati raccolti sono stati analizzati utilizzando tecniche di statistica descrittiva, mediante il software Excel 97-2003. Ai risultati ottenuti mediante le risposte aperte sono stati, invece, applicati metodi di analisi del contenuto (Metastasio, Cini, 2009).

La popolazione è stata arbitrariamente suddivisa tra studenti junior (età < 40 anni) e senior (età ≥ 40 anni), per l'individuazione di eventuali differenze.

Risultati

Sono presentati i principali risultati relativi alla popolazione T0-T1 e T2, ossia le aspettative circa il percorso formativo, la percezione dell'efficacia, lo stato occupazionale, l'eventuale upgrading professionale e la soddisfazione.

Popolazione T0-T1

Negli anni accademici considerati per lo studio, si sono immatricolati 213 studenti di tutti i profili della Classe, seppur con percentuali e distribuzione differenti: Fisioterapisti (FT) (45%), Logopedisti (15%), Ortottisti (4%), Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE) (15%), Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica (TRP) (15%), Podologi (1%), Terapisti Occupazionali (TO) (2%) ed Educatori Professionali (EP) (4%). Si rileva un trend in aumento dei profili TNPEE, TRP e Logopedisti rispetto ai FT, che nel 2008 rappresentavano il 68% della popolazione.

Degli iscritti, 125 (59%) hanno compilato correttamente sia il QEB che il QOB e, quindi, rappresentano la popolazione T0-T1. A T0, 34 (27%) erano senior e 91 (73%) junior con età compresa tra 21-56 anni (media: 30 anni; mediana: 25 anni), con un trend in diminuzione negli anni presi in esame (Grafico 1). Il 74% aveva la Laurea e il 26% un titolo abilitante; il 12% aveva anche un Master in coordinamento e il 2% un'altra Laurea. A T0, il 58% era lavoratore (di cui, il 33% dichiarava di avere autonomia decisionale percepita nella propria professione) e il 42% era non occupato.

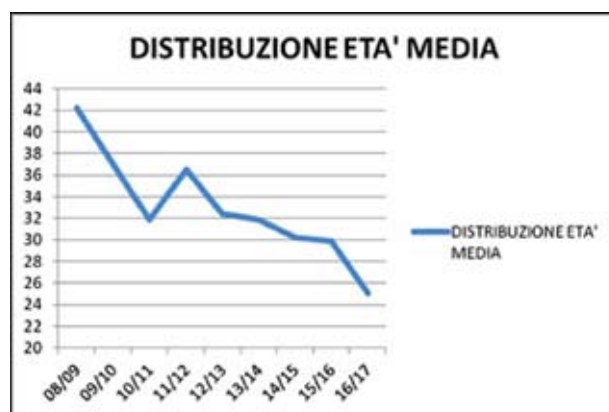


Grafico 1: Distribuzione dell'età media per anno accademico a T0

Aspettative a T0

La Tabella 1 mostra le aspettative per macroaree, suddivise tra senior e junior, che risultano sostanzialmente equivalenti: l'aspettativa di un upgrading è doppia nei senior rispetto al desiderio di confronto col docente e coi pari che, viceversa, è doppia nei junior.

ASPETTATIVE	TOTALE %	SENIOR %	JUNIOR %
Miglioramento del sapere in tutti gli ambiti	42	40	42
Crescita professionale	16	14	16
Miglioramento del sapere ambito organizzativo-gestionale	10	12	10
Miglioramento del sapere ambito formativo	9	10	9
Possibile upgrading professionale	8	12	6
Miglioramento del sapere ambito ricerca	7	6	8
Confronto con i pari/docenti/altri sanitari	7	4	8
Acquisizione autonomia professionale	1	2	1
Qualità degli insegnamenti	1	0	1

Tabella 1: Suddivisione percentuale delle aspettative a T0 tra senior e junior

Percezione dell'efficacia del percorso formativo: evoluzione delle conoscenze da T0 a T1

Nelle Tabelle 2, 3 e 4 è rappresentata, in percentuale, la percezione generale del livello di conoscenze suddivisa tra senior e junior, rispettivamente nell'area della ricerca, pedagogica e del management. Dai risultati emerge una bassa percezione delle conoscenze in tutte e tre le aree a T0, soprattutto nella ricerca e management. Al contrario, a T1 emerge un'evoluzione di tale percezione in tutte e tre le aree; in maggior misura nell'area pedagogica. Si osserva un miglioramento della percezione delle conoscenze nelle aree di ricerca e pedagogica maggiore nei junior rispetto ai senior, mentre c'è solo una lieve differenza riguardo il miglioramento delle

conoscenze manageriali, percepite a T1 più adeguate dai senior.

Stato occupazionale ed eventuale upgrading professionale a T1

A T1, il 93% è occupato; il 30% ha migliorato la sua posizione: il 13% ha acquisito migliore posizione contrattuale (12% senior, 14% junior), il 9% ha un contratto di docenza (6% senior, 11% junior) e il 7% (22% senior, 78% junior), ha ottenuto un upgrading professionale, inteso come nuova posizione (ruolo apicale in azienda, ruolo di direzione o coordinamento di un corso di studio o nell'ambito della ricerca). Di questi, il 100% ritiene che il percorso abbia avuto un ruolo decisivo; l'88% che le competenze acquisite abbiano avuto un ruolo decisivo e il 13% un ruolo importante.

Punteggi	POPOLAZIONE T0-T1			SENIOR T0-T1			JUNIOR T0-T1		
	T0 %	T1 %	Differenza (T1-T0) %	T0 %	T1 %	Differenza (T1-T0) %	T0 %	T1 %	Differenza (T1-T0) %
INSUFFICIENTE + SUFFICIENTE	93	27	-66	94	38	-56	92	23	-69
ADEGUATO + ECCELLENTE	7	73	+66	6	62	+56	8	77	+69

Tabella 2: Distribuzione percentuale della percezione delle conoscenze nell'area della ricerca nella popolazione T0-T1 totale e suddivisa per senior (T0-T1) e junior (T0-T1)

Punteggi	POPOLAZIONE T0-T1			SENIOR T0-T1			JUNIOR T0-T1		
	T0 %	T1 %	Differenza (T1-T0) %	T0 %	T1 %	Differenza (T1-T0) %	T0 %	T1 %	Differenza (T1-T0) %
INSUFFICIENTE + SUFFICIENTE	87	13	-74	79	12	-67	90	13	-77
ADEGUATO + ECCELLENTE	13	87	+74	21	88	+67	10	87	+77

Tabella 3: Distribuzione percentuale della percezione delle conoscenze nell'area pedagogica nella popolazione T0-T1 totale e suddivisa per senior (T0-T1) e junior (T0-T1)

Punteggi	POPOLAZIONE T0-T1			SENIOR T0-T1			JUNIOR T0-T1		
	T0 %	T1 %	Differenza (T1-T0) %	T0 %	T1 %	Differenza (T1-T0) %	T0 %	T1 %	Differenza (T1-T0) %
INSUFFICIENTE + SUFFICIENTE	93	38	-55	82	23	-59	98	43	-55
ADEGUATO + ECCELLENTE	7	62	+55	18	77	+59	2	57	+55

Tabella 4: Distribuzione percentuale della percezione delle conoscenze nell'area management nella popolazione T0-T1 totale e suddivisa per senior (T0-T1) e junior (T0-T1)

Soddisfazione a T1

Il 96% si dichiara soddisfatto del percorso di studio (86% junior, 89% senior) e il 76% si iscrivebbe allo stesso corso di studio e nello stesso Ateneo (94% junior, 90% senior).

Per il 78% le aspettative per le quali è stata effettuata la scelta di iscriversi alla LM espressa a T0 sono state realizzate (76% junior e 81% senior).

Popolazione T2

Hanno risposto e dato il consenso all'intervista telefonica (QUM) 86 soggetti (69% della popolazione T0-T1): rappresentano, quindi, la popolazione T2. Di questi, 28 (33%) erano senior e 58 (67%) junior. L'età era compresa tra 22-59 anni (media: 34; mediana: 30).

La popolazione T2 include i laureati negli anni accademici dal 14/15 al 17/18 e tutti i profili professionali della Classe, escluso il Podologo, così rappresentati: FT (49%), TRP (14%), TNPEE (14%), Logopedista (10%), Ortottista (5%), EP (6%) e TO (2%). Tutti sono nella condizione di lavoratore.

Efficacia del percorso: mantenimento delle conoscenze come ricaduta formativa da T1 a T2

Nella Tabella 5, è rappresentata, in percentuale, la percezione dell'evoluzione delle conoscenze nelle tre aree da T1 a T2. Complessivamente, le conoscenze manageriali rimangono stabili, mentre diminuisce la percezione di adeguatezza delle conoscenze in ambito di ricerca e formazione.

Punteggi	AREA RICERCA			AREA PEDAGOGICA			AREA MANAGEMENT		
	TOT (T1) %	TOT (T2) %	Differenza (T2-T1) %	TOT (T1) %	TOT (T2) %	Differenza (T2-T1) %	TOT (T1) %	TOT (T2) %	Differenza (T2-T1) %
INSUFFICIENTE + SUFFICIENTE	93	38	-55	82	23	-59	98	43	-55
ADEGUATO + ECCELLENTE	7	62	+55	18	77	+59	2	57	+55

Tabella 5: Percezione delle conoscenze nelle aree della ricerca, pedagogica e del management a T1 e a T2

Stato occupazionale ed eventuale up-grading professionale a T2

Il 43% ha modificato la posizione lavorativa (25% senior, 52% junior): il 32% dichiara di avere modificato il regime lavorativo o la tipologia di contratto o di avere avuto un avanzamento di carriera (43% senior, 29% junior); il 27% di ricoprire posizioni apicali in azienda (dirigenza, responsabilità di area e coordinamento) (43% senior, 26% junior): e l'8% di ricoprire ruoli nell'ambito della formazione accademica (10% senior, 0% junior). Il 19% (tutti junior) ha proseguito gli studi: di questi, 50% si è iscritto a un Master e il 25% a un dottorato.

Di questi, il 33% ritiene che il titolo conseguito abbia avuto un ruolo decisivo e il 44% un ruolo im-portante; il 28% che le competenze acquisite abbiano avuto un ruolo decisivo e il 53% un ruolo im-portante.

A T2, il 55% dichiara di avere autonomia decisiva nella propria professione.

Soddisfazione a T2

L'80% rimane soddisfatto del percorso: il 53% per un incremento di conoscenze e il 15% per una crescita professionale/personale. Il 78% risponde che le aspettative espresse a T0 sono state realizzate (81% senior, 76% junior).

Discussione

Lo studio considera una popolazione di studenti immatricolati e laureati dal 08/09 al 16/17 (9 su 11 anni di attivazione), con una percentuale di soggetti indagati a T0-T1 del 59% (e del 69% di T0-T1 a T2): sembra pertanto possibile affermare che i dati siano adeguatamente rappresentativi.

Osserviamo come l'età media in generale degli studenti sia diminuita progressivamente: il trend sembra voler indicare come l'interesse verso il percorso formativo fosse maggiore durante i primi anni di attivazione per i senior, che probabilmente volevano consolidare con tale titolo ruoli e funzioni che già ricoprivano. Rileviamo, inoltre, come la popolazione fosse meno diversificata per pro-filo professionale; infatti, quello maggiormente rappresentato era il FT, mentre negli ultimi anni emergono i profili del TRP, del TNPEE e del Logopedista. Queste diversifica-

zioni dei profili, che potrebbero essere presenti anche in altre Classi, hanno imposto un ripensamento della didattica, soprattutto nella tipologia e nell'approfondimento delle discipline cliniche e una riorganizzazione dei tirocini, con stipula di nuove convenzioni.

Per le aspettative all'iscrizione alla LMSR, abbiamo osservato come sembrano equivalenti tra senior e junior: infatti, il 40% dei senior e il 42% dei junior si aspetta di migliorare il sapere in generale o la crescita professionale (14% senior, 16% junior). Solamente il 12% dei senior, contro il 6% dei junior, dichiara di iscriversi alla LM per un possibile upgrading professionale, ottenuto per il 7% alla Laurea e per il 43% a distanza di un anno, sebbene con delle differenze, a favore dei senior. Sembra, quindi, che l'upgrading ricopra un ruolo sempre meno rilevante tra le motivazioni.

Il percorso di studio è percepito come efficace per la maggior parte dei laureati: le percezioni delle conoscenze sono migliorate da T0 a T1 in tutte le tre aree, maggiormente in quella pedagogica e poi in quella della ricerca e del management. I dati evidenziano un maggior miglioramento percepito nelle aree della ricerca e pedagogica per i junior e un lieve vantaggio nell'area del management per i senior. Questo si potrebbe spiegare con il fatto che l'incremento della conoscenza è legato, da un lato, al substrato su cui essa s'innesta e, dall'altro, al suo utilizzo (Santoanni, Striano, 2003). Probabilmente i senior usano maggiormente le conoscenze manageriali nel lavoro quotidiano mentre i junior sembrano maggiormente ricettivi verso la ricerca e la formazione, con più possibilità di ottenere un contratto di docenza.

I dati evidenziano anche un cambiamento dello stato occupazionale: infatti, se a T0 il 42% non è occupato, a T1 i lavoratori sono il 93%. Per il 33% il titolo ha avuto un ruolo decisivo e per il 44% importante nella condizione occupazionale e per il 58% le conoscenze acquisite sono state cruciali. Questi dati ci inducono a ipotizzare che il titolo di studio in qualche modo favorisca la condizione lavorativa, anche se il risultato potrebbe essere "fisiologico", dovuto cioè al biennio magistrale, che è il tempo

in cui gli studenti continuano a cercare (e trovare) lavoro.

Nel 30% si verifica un miglioramento della condizione lavorativa già alla Laurea (13% miglior con-tratto, 9% inizio di una docenza, 7% upgrading) e per il 43% a distanza di un anno: il titolo sembra avere avuto un ruolo decisivo o importante, così come le conoscenze acquisite, in particolare per i chi, grazie alla LMSR, ha avuto accesso a ruoli apicali in aziende e nella formazione.

Alla Laurea (T1) il 96% è soddisfatto e il 93% si iscriverebbe nuovamente (dati che si equivalgono stratificando il campione in senior e junior).

Gli intervistati segnalano la percezione di una diminuzione delle conoscenze a un anno dal titolo per le aree della ricerca e pedagogica e un mantenimento costante solo nell'area del management. Una spiegazione potrebbe essere che tali conoscenze sono quelle più utilizzate nei contesti organizzativi. Un altro dato interessante è che, tra gli occupati, a T2 un partecipante su due dichiara di avere autonomia decisionale nella propria professione (a T0 era così per il 33%); inoltre, il 19% dei laureati (tutti junior) ha proseguito gli studi, iscrivendosi a un Master (il 50%) o a un dottorato (il 25%). Sarebbe interessante comprendere se ciò è avvenuto a causa di bisogni formativi non soddisfatti o perché la LMSR ha svolto un ruolo di volano nella ricerca di sviluppo delle conoscenze/competenze, attraverso l'iscrizione a nuovi percorsi.

Sempre a T2, la soddisfazione è in calo (80%) rispetto a T1 (96%), aspetto che potrebbe essere

spiegato con il bisogno di approfondire/utilizzare maggiormente nella pratica alcune conoscenze che non sono state fornite nella LMSR (per esempio, di tipo clinico).

Tra i limiti del nostro studio vi è il non aver potuto utilizzare strumenti validati e aver indagato un solo corso, senza confrontare i dati con altri simili, per esempio nella stessa area geografica.

Conclusioni

Crediamo che i dati raccolti mediante la nostra indagine, anche se con alcuni limiti, stimolino la riflessione su come sta cambiando la popolazione che s'iscrive alla LMSR, evidenziando il ruolo che questa ha sullo sviluppo percepito di conoscenze, il cambiamento della condizione lavorativa, l'eventuale upgrading e la soddisfazione per il CdS. Se nella prima metà degli Anni Duemila la LM era un percorso rivolto a studenti già lavoratori che desideravano consolidare/migliorare il proprio ruolo professionale, oggi sembra rivolta a studenti con meno di 40 anni, che si iscrivono alla LM sia per migliorare la propria condizione lavorativa e l'autonomia decisionale sia per accedere ad altri gradi della formazione.

Ulteriore ricerca è necessaria per comprendere e monitorare, in tutte le LM delle professioni sanitarie, la trasformazione della popolazione degli studenti, l'utilità percepita della conoscenza/competenza acquisita, l'impatto effettivo non solo sulla condizione lavorativa, ma anche sullo sviluppo professionale, grazie alla maggiore autonomia decisionale nella pratica e all'accesso all'alta formazione.

Bibliografia

- AlmaLaurea e l'Indagine sulla Condizione occupazionale dei laureati, dottori di ricerca e diplomati di master. <https://www.almalaurea.it/universita/statistiche/metodologia-di-rilevazione> (ultimo accesso 3 aprile 2020).
- Bernardelli G., Vizzotto L., Mari D., Bernabè B., Filippini F., Moscheni C. (2013). Il portfolio. Studio preliminare dell'Entering Behaviour delle competenze, conoscenze e aspettative degli Studenti del CLM in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie. *Medicina e Chirurgia*, 59:2637-2641.
- Casebeer L., Kristofco R.E., Strasser S., Reilly M., Krishnamoorthy P., Rabin A., Zheng S., Karp S., Myers L. (2004), Standardizing evaluation of on-line continuing medical education: physician knowledge, attitudes, and reflection on practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 24(2):68-75.
- Giambalvo O., Fasola S., Romano C. (2015), Flexible latent trait aggregation to analyze employability after the Ph.D. in Italy. *Journal of Applied Statistics*:1-15.

- ISTAT (2009), L'indagine sui dottori di ricerca: un'esperienza pilota. https://www.istat.it/it/files//2018/07/doc_10_2009.pdf (ultimo accesso: 3 aprile 2020).
- Lawton A., Manning P., Lawler F. (2017), Delivering information skills training at a health professionals continuing professional development conference: an evaluation. *Health Information & Libraries Journal*, 34(1):95-101.
- Leong L., Ninnis J., Slatkin N., Rhiner M., Schroeder L., Pritt B., Kagan J., Ball T., Morgan R. (2010), Evaluating the impact of pain management (PM) education on physician practice patterns--a continuing medical education (CME) outcomes study. *Journal of Cancer Education*, 5(2):224-228.
- Mastrillo A. (2018), Professioni sanitarie e occupazione, *Almalaurea: vince la libera attività*. https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2018-06-19/professioni-sanitarie-e-occupazione-almalaurea-vince-libera-attivita-114606.php?uuid=AEbkgp8E&refresh_ce=1 (ultimo accesso: 3 aprile 2020).
- Metastasio, R., Cini F. (eds.) (2009). *L'Analisi del contenuto. Procedure di analisi dei dati con il programma SPAD*. Milano: FrancoAngeli.
- Santoianni F., Striano M. (2003), *Modelli teorici e metodologici dell'apprendimento*, Roma-Bari: Laterza.
- Tian J., Atkinson N.L., Portnoy B., Gold R.S. (2007), A systematic review of evaluation in formal continuing medical education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 27(1):16-27.
- Trewet C.B., Fjortoft N. (2013), Evaluation of the impact of a continuing professional development worksheet on sustained learning and implementing change after a continuing pharmacy education activity. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(2):215-221.



La revisione dell'ordinamento didattico del CdS in Fisioterapia: la nostra esperienza

BSc in Physiotherapy didactic structure review: our experience

CdS Fisioterapia Università degli studi di Brescia: R. Bosoni; C. Carubelli; M. Dossena; C. Furlotti; B. Minozzi; L. Pasotti; A. Roversi; A. Stefanini; Servizio valutazione e reporting Università degli studi di Brescia: I. Mendini; F. Piazza; S. Sidoli
Traduzione abstract: L. Carro; N. Pelizzari

Riassunto

L'articolo si propone di presentare l'esperienza di revisione dell'ordinamento didattico del Corso di studio in fisioterapia dell'università di Brescia.

Obiettivo: al fine di migliorare la nostra proposta formativa abbiamo cercato di comprendere punti di forza e di debolezza dell'ordinamento didattico.

Metodi: abbiamo utilizzato come riferimento l'ambito "cura e riabilitazione" del documento nazionale "core competence e core curriculum" del fisioterapista (AIFI 2010). Abbiamo predisposto un questionario sugli obiettivi di competenza indicati dal core competence, chiedendo agli intervistati di esprimere -attraverso una scala da 1 a 5- il grado di preparazione fornito dal Corso per ciascuno degli obiettivi. Il questionario è stato somministrato con modalità telematica agli studenti del terzo anno, ai neolaureati degli ultimi 5 anni e agli assistenti di tirocinio delle sedi di Brescia, Cremona e Mantova, nel periodo luglio-agosto 2019; nel mese di settembre sono stati rielaborati i risultati, che ci hanno permesso di individuare le necessarie modifiche all'ordinamento.

Risultati: i risultati sono sovrapponibili sulle tre sedi del corso e omogenei per tipologia di rispondente. Indicano con chiarezza gli ambiti di maggiore criticità.

Conclusioni: il core competence si è dimostrato un buon indicatore del grado di qualità della formazione fornita dal Corso di laurea. Tuttavia, il contenuto strettamente professionale non ha consentito di estendere l'intervista ad alcuni stakeholders del CdS, come ad esempio i gestori dei servizi e gli assistiti. Per raccogliere queste od altre opinioni sarebbero necessari strumenti differenti che potrebbero adeguatamente completare l'indagine.

Parole chiave: ordinamento didattico; core competence; fisioterapia;

Abstract

This paper aims at introducing the experience of the revision of the didactic organization of the BSc in Physiotherapy at the University of Brescia.

Objective: *In order to improve our training proposal, we tried to understand the strengths and weaknesses of the teaching programme.*

Methods: *As a reference, we used the "care and rehabilitation" area of the national paper "core competence and core curriculum" of physiotherapists (AIFI 2010). We prepared a questionnaire on the target competences indicated by the core competence, asking the interviewees to express, by using a 1 to 5 numerical rating scale, the degree of preparation provided by the course for each objective.*

The questionnaire was administered electronically to third year students, to recent graduates of the last 5 years and to traineeship assistants, during the months of July and August. In September, the results were processed, which allowed us to identify the required changes to be implemented in the teaching programme.

Comparable results can be observed on the three course locations (Brescia, Cremona, Mantova) and are quite consistent according to the type of respondent. They clearly point out the most critical domains.

Conclusions: *the core competence has proven to be a good marker of the quality level in the education provided by the degree programme. However, the strictly professional content did not allow to extend the interview to some other specific stakeholder of the degree course, such as the service providers and recipients. In an effort to gather these or other opinions, different tools would be needed with the purpose of completing the investigation adequately.*

Keywords: *didactic organization, core competence, physiotherapy.*

Translated by Carro Laura and Pelizzari Nicola – May 2020

Il contesto

Il Corso di studio (CdS) in Fisioterapia dell'Università di Brescia è organizzato su tre sedi - Brescia, Cremona e Mantova, autonome nella gestione delle attività didattiche ma con un unico syllabus condiviso tra i docenti delle diverse sedi. L'attuale ordinamento didattico risale all'anno 2011 ed è il risultato della prima applicazione della legge 270/2004. In questi ultimi anni l'Università di Brescia ha attivato percorsi di miglioramento dei CdS, a partire dalle sollecitazioni dell'agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario e della ricerca (ANVUR), attraverso i presidi di qualità di ateneo (PQA) e i gruppi di riesame. L'impostazione secondo criteri di qualità raccomanda di raccogliere da diverse fonti i feedback sul funzionamento del CdS, e di utilizzare le azioni preventive e correttive in modo sistemati-

co a supporto della governance del CdS. A tal fine vengono annualmente presi in esame i verbali della commissione paritetica docenti e studenti (CPDS), i giudizi degli studenti e dei docenti sulla didattica e l'organizzazione del corso, oltre alle relazioni annuali dei rappresentanti degli studenti. L'analisi di questi elementi ha suggerito di ripensare l'ordinamento didattico del CdS.

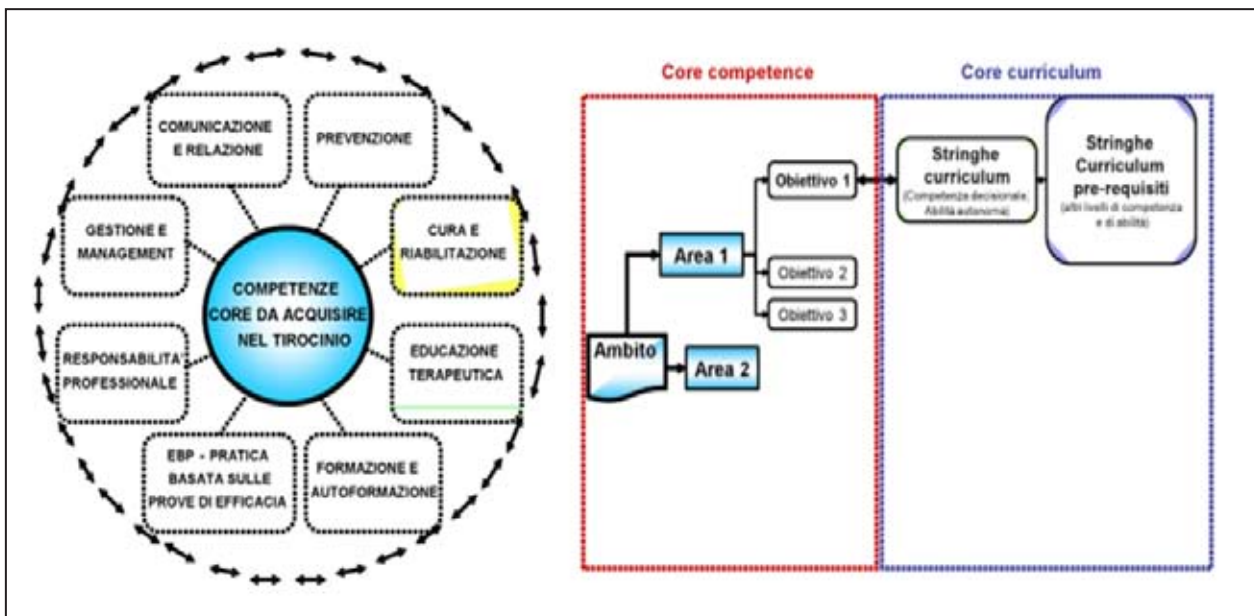
L'analisi del bisogno

Sulla base dei dati raccolti il CdS si è interrogato sulle modifiche utili a rendere il percorso di studio più aderente alle necessità del mondo del lavoro. Infatti, il mutato profilo epidemiologico della popolazione, l'evoluzione dell'organizzazione sanitaria e della tecnologia, chiedono un rinnovamento delle competenze del fisioterapista. Quali sono i bisogni emergenti? Quali le innovazioni da intercettare? Quale dovrà essere il profilo di competenze del professionista del futuro? E soprattutto: attraverso quali strumenti è possibile individuare le necessarie modifiche all'ordinamento? Qual è il gold standard delle competenze del fisioterapista a cui fare riferimento? Abbiamo quindi cercato questionari validati relativi alle competenze fornite dai CdS in fisioterapia. La letteratura ci ha suggerito alcuni lavori sulle competenze infermieristiche, come ad esempio il modello tuning europeo, ma non abbiamo trovato nulla di simile in ambito fisioterapico. Abbiamo allora ricercato

in esperienze di altri CdS, ed abbiamo trovato una relazione presentata in un convegno dell'Università di Siena (Bielli- Di Tondo 2016), che ci ha suggerito l'utilizzo del core competence e core curriculum (core integrato) per diagnosticare punti di forza e di debolezza del nostro percorso formativo.

Il core curriculum del fisioterapista (fig. n°1)

“Il Core Curriculum è il complesso di contenuti essenziali (conoscenze, competenze, abilità e comportamenti) che tutti i neo-laureati devono avere acquisito in modo completo e permanente per l'esercizio iniziale della professione” (Luciano Vettore). In particolare, il core curriculum individua gli obiettivi educativi specifici per raggiungere le necessarie conoscenze e competenze professionali. Il core competence del tirocinio descrive invece le competenze specifiche e trasversali indispensabili per la professione. L'integrazione di questi due strumenti compone il “core integrato” del fisioterapista, pubblicato da AIFI nel 2010. Il core competence del fisioterapista si divide in 8 ambiti, ciascuno dei quali si articola in obiettivi. Ogni obiettivo prevede livelli di conoscenza specifici per ogni unità didattica, denominati “stringhe del core curriculum”. Il core curriculum prevede in totale 470 stringhe che costituiscono i prerequisiti teorici per gli obiettivi del core competence.



La scelta metodologica

1 – Scegliere le informazioni da raccogliere

Abbiamo scelto di indagare unicamente l'ambito "Cura e riabilitazione" per avere informazioni sulle competenze tecniche che il CdS fornisce ai futuri fisioterapisti. L'ambito è suddiviso nelle nove aree che caratterizzano il processo fisioterapico, dall'identificazione del bisogno, alla valutazione clinica, alla realizzazione dell'intervento fisioterapico e alla verifica del risultato. Per ognuna delle aree ci sono obiettivi specifici, e a ciascun obiettivo sono sottese più stringhe. Nell'indagine sono stati presi in considerazione tutti gli obiettivi previsti dal core competence per l'area "cura e riabilitazione". Per raggiungere informazioni più dettagliate inoltre, le aree "valutazione" e "realizzazione dell'intervento" sono state declinate nelle stringhe di riferimento.

2 – Predisporre il questionario

È stato predisposto un questionario con 57 domande riguardanti obiettivi specifici e stringhe dell'ambito "cura e riabilitazione". Il quesito era il seguente: a tuo avviso, come il CdS in fisioterapia dell'Università degli studi di Brescia prepara i futuri professionisti nei seguenti ambiti? Per le risposte è stata scelta una scala a 5 livelli, con le seguenti possibilità: per nulla, poco, discretamente, molto, moltissimo. A queste è stata aggiunta la risposta "non saprei", perché rispetto ad alcuni ambiti specialistici, come ad esempio la riabilitazione perineale o il linfodrenaggio, non tutti i professionisti potevano essere competenti a rispondere.

A titolo esemplificativo, la tabella seguente (fig. n° 2) riporta una parte della matrice del questionario: sono visibili le 9 aree indagate e 5 degli obiettivi previsti per l'area n° 7 "Realizzazione dell'intervento fisioterapico". La matrice completa è disponibile presso il CdS.

AREA	OBIETTIVI D'AREA	STRINGA CORE CURRICU LUM	AMBITO CULTURALE	DESCRIZIONE OBIETTIVO
AREA 1 IDENTIFICAZIONE NECESSITÀ DI CURA E RIABILITAZIONE				
AREA 2 RACCOLTA DATI ED ESAME DEL PAZIENTE				
AREA 3 VALUTAZIONE				
AREA 4 DIAGNOSI FISIOTERAPICA				
AREA 5 PROGnosi FISIOTERAPICA				
AREA 6 DEFINIZIONE E PIANIFICAZIONE DELL'INTERVENTO				
AREA 7 REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO	OBIETTIVO 1.7.3	55	GENERALE	Identificare i punti di repere ossei, muscolari, vascolari e nervosi della regione del capo e del tronco, dell'arto superiore, dell'arto inferiore
	OBIETTIVO 1.7.8	352	ORTOPEDICO	Realizzare un programma di rieducazione funzionale del cammino comprensivo della proposta degli ausili più opportuni
	OBIETTIVO 1.7.13	319	MASSOTERAPIA	Eeguire le manovre di base del linfodrenaggio nei diversi distretti corporei
	OBIETTIVO 1.7.17	292	NEUROLOGICO	Realizzare il trattamento riabilitativo nelle lesioni del sistema nervoso periferico
	OBIETTIVO 1.7.21	244	RESPIRATORIO	Elaborare programmi di riespansione polmonare, scegliendo le appropriate tecniche di fisioterapia sulla base della causa della riduzione volumetrica ed elaborare esercizi respiratori appropriati alla ottimizzazione del problema della persona
AREA 8 VERIFICA DEL RISULTATO				
AREA 9 CONSULENZA				

3 – Scegliere i soggetti da intervistare

Sono stati considerati soggetti idonei a rispondere gli assistenti di tirocinio ed i tutor clinici, i neolaureati degli ultimi 5 anni e gli studenti del terzo anno, per un totale di 955 soggetti tra le sedi di Brescia, Cremona e Mantova. Gli assistenti di tirocinio e i tutor clinici sono stati suddivisi secondo l'anzianità di servizio, +/- 15 anni di attività. Il periodo corrisponde all'incirca alla trasformazione dei corsi regionali in D.U.

Non avrebbero potuto rispondere i fisioterapisti che non seguono abitualmente gli allievi, i responsabili delle aziende sanitarie che utilizzano fisioterapisti, o altri stakeholder del CdS che non sono pertanto stati inclusi nel numero dei possibili intervistati.

4 - Realizzare l'indagine

Il questionario è stato somministrato online attraverso il Servizio Valutazione e Reporting dell'Ateneo. Lo strumento utilizzato è stato "Lime Survey", un prodotto open source scelto dall'Università per la sua versatilità e immediatezza nella creazione delle maschere. La costruzione del questionario ha seguito lo schema della matrice in Fig. 2 ed è stata relativamente semplice, considerato che la batteria di domande non necessitava di filtri, basati sulle risposte, in relazione ai quali proporre uno o più sottoinsiemi di quesiti. Per la somministrazione sono stati acquisiti nell'applicativo gli elenchi degli indirizzi e-mail dei soggetti selezionati secondo i criteri sopra descritti, in modo da generare per ciascuno un "link" cliccabile personalizzato, detto "token", in grado di consentire la ripresa della compilazione dopo averla eventualmente interrotta. L'anonimato è stato garantito dal disaccoppiamento operato dal programma, in sede di salvataggio del questionario, fra "token" e risposte fornite. La finestra di compilazione è stata compresa tra il 12 luglio e il 4 agosto 2019, durante la quale agli indirizzi e-mail, per i quali il sistema non aveva ancora rilevato l'esistenza di un questionario completato, sono stati inviati fino a un massimo di due solleciti nelle ultime due settimane.

Risultati

Sul totale di 955 inviti spediti è stata avviata la compilazione di 446 questionari, di cui 430 sono stati terminati ed elaborati, così suddivisi:

- studente terzo anno: 65 (15.12%)
- neolaureato (ultimi 5 anni): 109 (25.35%)
- fisioterapista da 5 a 15 anni: 104 (24.19%)
- fisioterapista da oltre 15 anni: 139 (32.33%)
- Altro: 8 (1.86%)
- Nessuna risposta: 5 (1.16%)

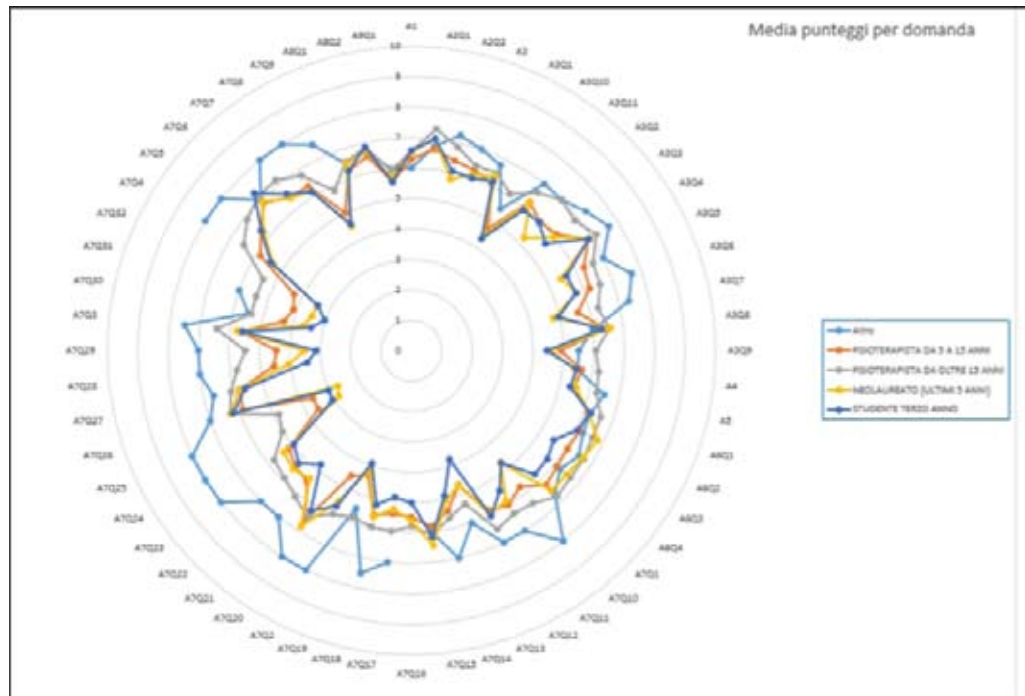
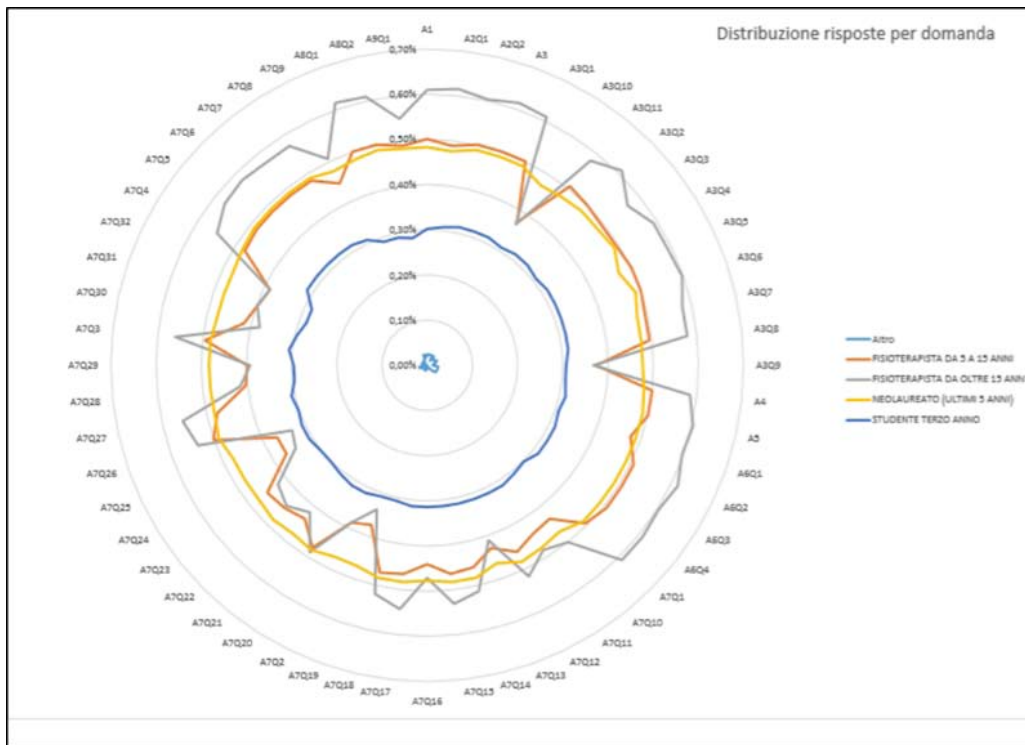
Hanno risposto in buona percentuale gli studenti del terzo anno (67%), così come gli assistenti di tirocinio (243, pari al 56%).

I risultati sono stati valutati per tipologia di rispondente, sede del CdS, media di punteggio per area del processo (raccolta dati, valutazione, diagnosi fisioterapica, realizzazione dell'intervento ecc) e per settore della fisioterapia indagato (geriatrico, ortopedico, neurologico ...)

La figura n° 3 mostra le percentuali di risposte suddivise per tipologia di rispondente: si evidenzia come gli studenti del terzo anno (in blu) e i neolaureati (in giallo) abbiano risposto a tutte le domande, mentre i fisioterapisti tra 5 e 15 anni (in arancio) e oltre 15 anni (in grigio) abbiano avuto difficoltà in alcune risposte. Ad esempio non hanno risposto alla domanda A3Q10 sul bambino: "enunciare i principi fondamentali di valutazione e gli strumenti dell'intervento fisioterapico nei dismorfismi"; o alla domanda A7Q2: "prestare il primo soccorso alla persona raccogliendo elementi anamnestici essenziali, rilevando i parametri vitali e effettuando le procedure BLS su manichino in condizioni di emergenza"; oppure ancora al quesito A7Q25: distinguere le indicazioni e le controindicazioni di utilizzo terapeutico di Biofeedback, F.E.S. e cinesiterapia del piano perineale.

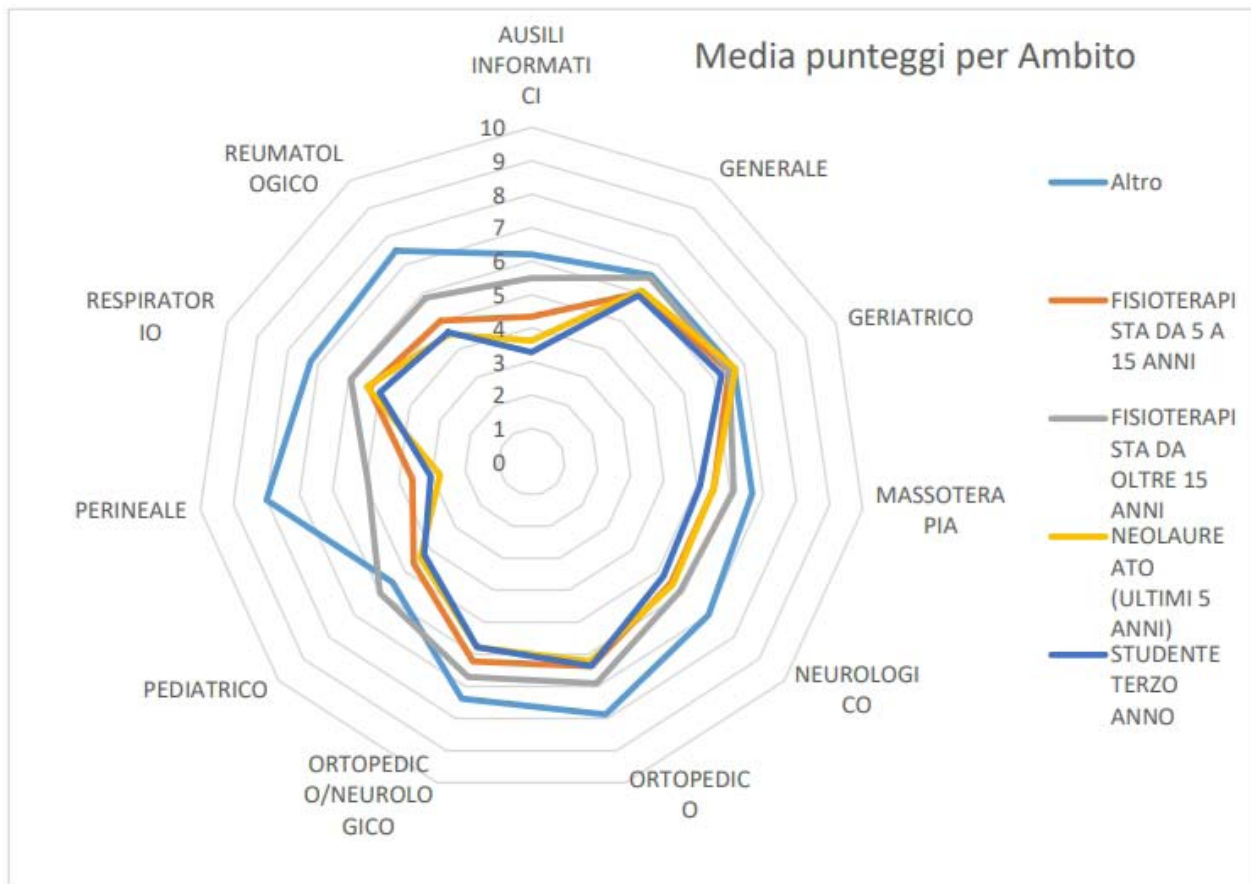
La piccola percentuale in azzurro corrisponde ai soggetti che non si sono identificati.

La figura 4 mostra invece i punteggi medi per ciascuna domanda. Si evince un giudizio sul CdS mediamente più severo da parte degli studenti del terzo anno e dei neolaureati, più generoso da parte dei colleghi più anziani. È interessante notare che, ad eccezione della linea azzurra che



riguarda la piccola percentuale di soggetti non identificati, i picchi positivi e, soprattutto, quelli negativi, sono convergenti per tutti gli intervistati: A7Q30 “ Conoscere i programmi informatici

per la riabilitazione cognitiva, comunicativa, della memoria, delle eminegligenze, delle aprassie, delle acinesie del parkinsoniano “, così come A7Q13 “eseguire le manovre di base del linfodre-



naggio nei diversi distretti corporei”, riportano punteggi negativi per tutte le tipologie di rispondente. Anche le valutazioni sul trattamento neurologico non sono positive (da A7Q 14 a A7Q19). Gli ambiti relativi alla valutazione invece risultano discreti, sia nell’ambito della motricità (A3Q4) che, ad esempio, in quello specialistico geriatrico (A3Q8). In linea generale si può affermare che gli studenti ed i giovani laureati ritengono la preparazione fornita dal CdS più efficace nella valutazione del paziente rispetto al trattamento.

Dall’indagine risulta inoltre che le valutazioni espresse sono sovrapponibili sulle tre sedi del CdS.

Conclusioni

La figura 5 sintetizza il risultato complessivo, obiettivo dell’indagine: la preparazione che il CdS fornisce in alcuni ambiti della fisioterapia risulta carente, mentre in altri sufficiente o discreta. L’indagine sintetizza un risultato generale, dal

quale partire per un’analisi puntuale del corso. Le lacune in bioingegneria della riabilitazione, o in riabilitazione perineale saranno colmabili inserendo ore di didattica oggi non presenti nell’ordinamento. Una diversa valutazione andrà fatta, per esempio, per l’ambito neurologico, poiché nel piano attuale sono previste molte ore di didattica ed anche percorsi di tirocinio. Cosa non sta funzionando in questo ambito? La didattica? Il tirocinio? Entrambi? Il questionario non lo spiega, sarà necessario indagare più a fondo questo ambito.

Utilizzare il core competence-core curriculum come base di partenza dell’indagine ci ha consentito di ottenere una descrizione molto puntuale delle competenze che il CdS fornisce ai futuri fisioterapisti, almeno per quanto riguarda l’ambito “cura e riabilitazione”. Lo strumento è stato quindi idoneo allo scopo, perché ha individuato gli ambiti da inserire o curare maggiormente nella definizione del nuovo ordinamento.

Per avere un quadro completo sarebbe stato necessario indagare tutti gli ambiti. Sarebbe anche utile avere un giudizio dagli altri stakeholders: qual è l'opinione

degli assistiti? Delle direzioni aziendali? Degli altri professionisti? Per questo sono però necessari strumenti di indagine differenti da quello adottato.

Riferimenti bibliografici

La formazione "core del fisioterapista", AIFI 2010

S. Bielli, S. Di Tondo "Metodiche Vs Metodologia Riflettere sulla didattica professionale del Corso di Laurea in Fisioterapia" V ^ Giornata nazionale di approfondimento di studio, Siena 2-3 dicembre 2016

Riitta Meretoja, "Nurse Competence Scale: development and psychometric testing", *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 124-133, 2016



- 3772 Formazione degli studenti italiani delle professioni sanitarie in ambito di "Preparazione e contrasto delle emergenza sanitaria da nuovo coronavirus SARS-CoV-2" attraverso un corso e-learning: studio trasversale
Training of Italian health professions students for "Preparation and contrast of the health emergency from SARS-CoV-2, the novel coronavirus"; through an e-learning course: a cross-sectional study
Donatella Valente et Al
- 3778 LO SPAZIO DELL'OSPITE - GUEST POINTS OF VIEW
Tirocinio a distanza in Cure palliative (PC) e in Terapia del dolore (TP) per studenti di medicina: esperienza pilota della Università di Ferrara
Distance internship in palliative care (PC) and pain therapy (TP) for medical students: pilot experience of the University of Ferrara
Tiziana Bellini et Al
- 3788 Medicina alla prova. La validazione del Progress Test a cura dell'ANVUR
Testing medical studies. The validation of the Progress Test by ANVUR
Barbara Bacocco et Al
- 3797 Analisi delle attività di orientamento universitario svolte negli Atenei Italiani
Analysis of university orientation in the Italian universities
F. Longo, S. Basili, C. Farulla, M. Relucenti, C. Barbaranelli, M. Elia, G. Familiari
- 3802 La laurea magistrale impatta sulle conoscenze, l'occupazione e l'upgrading professionale?
Does the Master's degree impact on healthcare knowledge, employment and professional upgrading?
G. Bernardelli, K. Daniele, E. Amenta, E. Alberti, A. Delle Fave, L. Zannini
- 3810 La revisione dell'ordinamento didattico del CdS in Fisioterapia: la nostra esperienza
BSc in Physiotherapy didactic structure review: our experience
R. Bosoni; C. Carubelli; M. Dossena; C. Furlotti; B. Minozzi; L. Pasotti; A. Roversi; A. Stefanini

MEDICINA E CHIRURGIA

Journal of Italian Medical Education

Quaderni delle Conferenze Permanenti
delle Facoltà e delle Scuole di Medicina

fondati da Luigi Frati e Giovanni Danieli

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

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

ISSN 2279-7068

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

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

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

www.quaderni-conferenze-medicina.it

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