



# 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

- 3817 EDITORIALE, *EDITORIAL*, *Andrea Lenzi*
- 3818 Genesi e sviluppo del Test sulle Competenze (TECO) dell'ANVUR: applicazione ai Corsi di Laurea in Medicina  
*Fabrizio Consorti*
- 3823 Il Test sulle Competenze (TECO) dell'ANVUR: prima applicazione ai corsi di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia  
*Bruno Moncharmont e Al.*
- 3826 Le Cure Palliative nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie  
*Palliative Care in Degree Courses of Health Professions*  
*De Marinis M.G. et Al.*
- 3834 Lavori del tavolo Tecnico FNOMCEO-CPCLMMC: una Survey sulla modalità di svolgimento dell'esame finale abilitante del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia  
*Linda Vignozzi et Al.*
- 3837 Il TPVES "a distanza": situazione nei CLM in Medicina e Chirurgia italiani e riflessioni pedagogiche  
*Fabrizio Consorti et Al.*

Un anno dall'ultimo numero della nostra rivista.

Un anno nel quale abbiamo dovuto continuare a convivere con questa inattesa ed infinita pandemia.

La Conferenza ha continuato a riunirsi virtualmente ogni 2 mesi, per essere insieme, per prendere decisioni, condividere nuove modalità didattiche, affrontare criticità e cercare di risolverle al fine di mantenere sempre alti i livelli dei nostri Corsi di Laurea.

Questo numero, tuttavia, racconta la dinamica della Conferenza, o meglio delle Conferenze, durante questo periodo.

La creazione del Test sulle Competenze (TECO)-M che la Conferenza dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia che è riuscita a mettere in atto con ANVUR dimostra la continua attenzione alla "mission pedagogica" della Conferenza. Nell'articolo di Fabrizio Consorti viene descritta la realizzazione del TECO-M (come Medicina) partendo dalla nostra più che decennale esperienza del Progress Test.

Anche l'articolo di Giuseppe Familiari sul TPVES "a distanza" non solo descrive la situazione italiana in una indagine effettuata nel primo semestre ma aggiunge anche importanti riflessioni pedagogiche che potrebbero dare nuovi spunti all'insegnamento professionalizzante anche in una ottica post-pandemica.

La Conferenza delle Professioni Sanitarie, con la sua Presidente, impreziosisce il numero con un bellissimo articolo sulle Cure Palliative nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie.

Il tavolo Tecnico FNOMCEO-CPCLMMC non è stato da meno, si è riunito ogni 2 mesi consolidando sempre più questa importante collaborazione.

L'articolo di Linda Vignozzi e Roberto Monaco riassume una particolare indagine sulla modalità di svolgimento dell'esame finale abilitante del



Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia visto dalla parte dell'Università e dalla parte della Federazione rivelando piccole criticità che saranno oggetto di una attenta revisione.

Il SISM, ha lavorato con noi in questo terribile periodo, e i ragazzi contribuiscono alla stesura di questo volume con un articolo sulla GLOBAL HEALTH EDUCATION.

Sempre attivi, sempre vicini: questa è la nostra forza. La Pandemia non è riuscita ad abbattere il nostro entusiasmo nel garantire una formazione di alto livello e omogenea in tutta Italia.

Buona Lettura,

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

# Genesi e sviluppo del Test sulle Competenze (TECO) dell'ANVUR: applicazione ai Corsi di Laurea in Medicina

Fabrizio Consorti

Dip. Scienze Chirurgiche, Univ. Sapienza di Roma

## Abstract

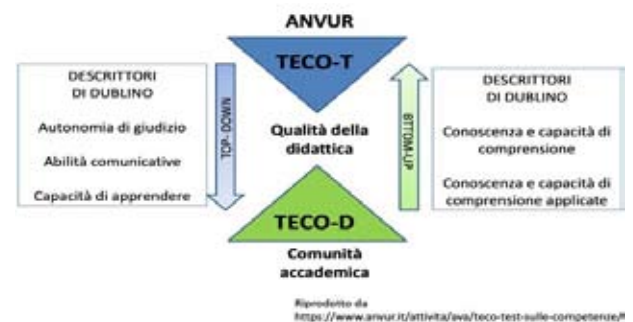
The National Agency for the Evaluation of the University and Research (ANVUR) developed a set of instruments to assess the learning outcomes of the Italian curricula. The considered outcomes are classified as disciplinary outcomes and transversal outcomes (literacy, numeracy, problem solving, civics) and are assessed with two types of instruments called Disciplinary Test (TECO D) and Transversal Test (TECO T). This article summarizes the general principles underlying the two classes of tests and the design principles of the TECO D for Medical students (TECO M). TECO M is meant to assess the cognitive component of medical competence at the end of the curriculum: the knowledge underlying decision making and the ability to interpret and decide in typical professional situations, both clinical, addressed to promote the health and behave in a professional manner.

**KEY WORDS:** TECO-M, competenza clinica, progress test, esiti di apprendimento, valutazione

Il progetto TECO si iscrive nella strategia complessiva e progressiva dell'ANVUR per un miglioramento della qualità della didattica universitaria. Uno dei primi passi è stato l'istituzione del sistema AVA (Autovalutazione, Valutazione Periodica e Accredimento), orientato ad una valutazione fortemente econometrista del sistema universitario italiano. Si richiedeva infatti di descrivere le strutture e i processi degli Atenei e dei Corsi di Studio, come presupposti indispensabili per una buona didattica. Si ritenne allora che misurare anche il prodotto della formazione universitaria fosse troppo difficile, e ci si limitò al numero di laureati in corso o ai CFU maturati o agli abbandoni. Questi tipi di indicatori si denominano genericamente come *output* e sono di solito facilmente enumerabili. L'*outcome*, cioè l'esito, ovvero la formazione di alta qualità che si vuole ottenere alla fine di un percorso universitario, è viceversa un costrutto più impalpabile, che non può essere ridotto alla sola valutazione delle conoscenze teoriche acquisite. L'ANVUR ha quindi sviluppato un quadro di riferimento (Fig. 1) incentrato sui Descrittori di Dublino.

I primi due livelli dei Descrittori (colonna a destra) sono valutati da un insieme di strumenti di valutazione denominati TECO-D (D sta per disciplinare), sviluppati dal basso dalle comunità accademiche disciplinari. Viceversa, alcune abilità ascrivibili

al livello di Autonomia di giudizio sono valutate con gli strumenti del TECO-T (T sta per Trasversale), che sono stati sviluppati *top-down* dall'ANVUR, in consultazione con esperti di settore.



## II TECO-T

Le competenze trasversali sono una eterogenea classe di costrutti così denominati perché non fanno riferimento ad un dominio disciplinare specifico, ma li attraversano tutti. Sono competenze che si costruiscono lungo tutto il percorso formativo di una persona, scolastico e informale, ma ci si aspetta che giungano ad una più piena maturazione alla fine del percorso universitario.

L'ANVUR ha identificato quattro competenze trasversali: *Literacy*, *Numeracy*, *Civics* e *Problem Solving*.

- La *Literacy* verifica i livelli di capacità degli studenti nel comprendere, interpretare e riflettere su di un testo non direttamente riconducibile a materie caratterizzanti un preciso Corso di Studi o ambito disciplinare, utilizzando due tipi di prove: un brano seguito da domande a risposta chiusa e un breve brano nel quale sono state cancellate delle parole (Cloze test) che lo studente deve reinserire.
- La *Numeracy* misura i livelli di capacità degli studenti nel comprendere e risolvere i problemi logico-quantitativi, attraverso un breve brano corredato di grafici e tabelle seguito da alcune domande, un'infografica seguita da alcune domande e brevi quesiti di ragionamento logico.
- Il *Problem Solving* valuta la comprensione e la capacità di risoluzione di problemi semplici e complessi, nonché la capacità di un individuo di conseguire obiettivi che in un dato conte-

sto non possono essere raggiunti con azioni dirette o con concatenazioni note di azioni e operazioni.

d. La *Civics* valuta le competenze personali, interpersonali e interculturali che riguardano tutte le forme di comportamento e che consentono alle persone di partecipare in modo efficace e costruttivo alla vita sociale e lavorativa, come anche risolvere conflitti ove sia necessario. Alla base delle competenze civiche c'è la conoscenza di concetti come la democrazia, la giustizia, l'uguaglianza, la cittadinanza e i diritti civili.

Nei 4 anni scorsi l'ANVUR ha effettuato sperimentazioni su base volontaria dei test per queste competenze, allo scopo di validarli. Ora esiste un unico pacchetto di test TECO-T a disposizione.

### **Il TECO-D e il concetto di “competenza professionale”**

Il TECO-D è lo strumento volto a valutare i primi due livelli dei Descrittori di Dublino, con riferimento a domini disciplinari specifici. Con la collaborazione delle comunità accademiche, coordinate in gruppi di lavoro, sono stati al momento definiti i “contenuti core” e le relative prove di valutazione per sei professioni sanitarie, la pedagogia e la filosofia.<sup>1</sup>

Per comprendere appieno la portata e il significato del TECO-D, soprattutto per i CLM in Medicina, è necessario a questo punto richiamare il concetto di “competenza professionale”, nei termini il cui la nostra Conferenza lo ha definito in tanti anni di elaborazione e legarlo al senso del secondo livello dei descrittori di Dublino.

Ispirandoci ad una delle definizioni più citata in letteratura<sup>2</sup>, possiamo considerare la competenza professionale di un medico come la “capacità di usare” la conoscenza teorica, le abilità tecnico-manuali e comunicative, nonché le proprie risorse umane (carattere, emozioni, atteggiamenti e sistemi etici) per curare le persone e le comunità.

<sup>1</sup> Maggiori dettagli sono disponibili a: <https://www.anvur.it/attivita/ava/teco-test-sulle-competenze/teco-d/>

<sup>2</sup> *The habitual and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values, and reflection in daily practice for the benefit of the individuals and communities being served* in: Epstein RM., *Assessment in medical education*, N Engl J Med 2007;356(4):387-96

La competenza di un professionista, quindi, va al di là anche del secondo livello di Dublino (conoscenze e capacità di comprensione applicate), per abbracciare anche gli ultimi tre (giudizio etico, comunicazione e azione in una organizzazione, aggiornamento continuo).

Tuttavia, la valutazione degli ultimi tre livelli è ancora più difficile della valutazione delle conoscenze teoriche e della capacità di usarle per risolvere problemi professionali, quindi il TECO-D si propone realisticamente di valutare solo l'aspetto cognitivo della competenza professionale.

### **Il TECO-M**

Il TECO-D dedicato a Medicina è indicato in breve come TECO-M, ed è stato sviluppato in continuità col decennale lavoro sul Core Curriculum<sup>3</sup>, col Progress test nazionale, nonché utilizzando parte dei test che erano già stati preparati in previsione delle prime lauree con abilitazione e dell'abolita prova scritta. Gli obiettivi del TECO-M sono

- valutare la capacità di comprendere e risolvere problemi clinici essenziali (vedi Tabella 1)
- valutare in maniera solo indiretta il possesso delle conoscenze teoriche necessarie alla capacità professionale

Il presupposto infatti è che a fine percorso, se lo studente è in grado di risolvere problemi clinici o di sanità pubblica che presuppongono il possesso di conoscenze teoriche per essere risolti, si possa inferire che possieda anche le conoscenze stesse. Risulta quindi poco produttivo proporre una valutazione diretta delle conoscenze di base (fisica, chimica, biochimica, anatomia, fisiologia, patologia generale e fisiopatologia, ...) e di quelle ulteriori conoscenze teoriche che sono più direttamente connesse con la clinica o con la cura delle popolazioni (epidemiologia, organizzazione sanitaria, anatomia patologica, medicina di laboratorio, *imaging*, farmacologia, ...).

Si potrebbe infatti dare il caso di uno studente che conosca molto bene la teoria che può condurre a una diagnosi e al seguente indirizzo terapeutico o a interventi di prevenzione o promozione della salute, ma non sia in grado di assemblare insieme i pezzi per formulare la diagnosi o il piano di intervento. Un tale studente non può essere considerato un esito formativo efficace: al termine del percorso gli studenti devono dimostrare competenza, non solo il possesso di conoscenze teoriche. Se vice-

<sup>3</sup> <http://presidenti-medicina.it/core-curriculum/>

versa si dimostra in grado di risolvere problemi professionali, è molto probabile che il laureando conosca anche la teoria sottesa alla soluzione. Se il numero di problemi a cui viene sottoposto è sufficientemente elevato, questa probabilità approssima la certezza.

Un limite oggettivo a questo ambizioso programma di valutazione è che nei test TECO-D è obbligatorio l'uso delle sole domande a scelta multipla e che esse siano assegnate secondo un ordine casuale e diverso per ogni studente. Ciò è dovuto a motivi logistici e di uniformità fra tutte le discipline del panorama universitario e ciò impedisce di usare altre forme efficaci di test (sequenze di vero/falso, ad incrocio esteso, sequenze di domande di sviluppo di uno stesso caso). Per gli stessi motivi, il numero di domande non può essere molto ampio e ciò solleva un problema di validità: l'enorme dominio di conoscenza a cui è esposto uno studente di medicina viene sufficientemente rappresentato in un insieme di 80-100 domande? D'altra parte, una prova più lunga pone anche problemi di affidabilità, poiché entrano in gioco fattori di stanchezza psico-fisica. Si ricordi che stiamo parlando di domande che richiedono l'analisi, interpretazione e soluzione di un problema clinico o di sanità pubblica, non di domande con quesito breve e su conoscenze fattuali parcellari.

### ... e il Progress Test?

Poche ultime righe per evidenziare la differenza tra il TECO-M e le precedenti edizioni del progress test. Per brevità le esprimeremo per punti.

1. Il Progress Test (PT) non valutava le competenze cognitive, ma principalmente le conoscenze teoriche. Anche le domande cliniche spesso esploravano la conoscenza nosografica più che il *problem solving*.
2. Il PT era per sua natura volto a valutare che le conoscenze ed alcune abilità cliniche progredissero costantemente lungo i sei anni. Il test valutava anche se le conoscenze acquisite nei primi anni venissero mantenute negli ultimi anni.
3. Il PT non era calibrato per esprimere una soglia di sufficienza, ma per esprimere una curva di progressione. Negli anni accademici in cui il PT è stato somministrato, le domande sono state di difficoltà variabile, desunte da un database

statunitense, con una relazione non sempre diretta con il core curriculum nazionale. Queste considerazioni spiegano le percentuali piuttosto basse di risposte corrette anche a inizio dell'ultimo anno di corso (circa il 55-60%)

4. Il TECO-M intende valutare uno degli *outcome* dei CLM di Medicina: la componente cognitiva della competenza professionale. Nella sua struttura di strumento di misura esso va inteso come l'equivalente della soppressa prova scritta di abilitazione

### Conclusioni

Al termine di questo articolo vorremmo proporvi alcune considerazioni finali:

- Il PT è stato uno strumento fondamentale di governo del sistema dei CLM di Medicina italiani, un'esperienza unica nel mondo
- Proporre il TECO-M anche ad anni inferiori al 6° ricalca l'utilizzo dei test fatto col PT. Questa volta la curva sarà esplicitamente monodimensionale (progressione della componente cognitiva della competenza), anche se la struttura dei singoli item, ciascuno orientato alla capacità di utilizzare un gruppo di conoscenze teoriche, ne dovrebbe consentire una interpretazione multidimensionale. La tabella 2 mostra alcuni esempi di domande e come esse possano esplorare i domini conoscitivi sottesi alle decisioni.
- La transizione dal PT al TECO-M può costituire il punto di svolta verso un orientamento sempre più basato sulla competenza dei nostri CLM. Ciò non rinnega la tradizione accademica italiana, che deve rimanere solidamente fondata sulla conoscenza teorica; al contrario, la fa evolvere verso un suo più pieno sviluppo.
- Come è noto, "la valutazione guida l'apprendimento". L'adesione al TECO-M può essere perciò un rilevante elemento di evoluzione dei nostri CLM verso un modello complessivo di insegnamento/apprendimento più dichiaratamente orientato alla competenza, oltre che all'acquisizione delle conoscenze. Ciò sarà tanto più vero, quanto più il TECO-M sarà inserito organicamente nella progettazione del CLM, valorizzato, premiato e interpretato per quello che vuole essere: uno strumento di valutazione di efficacia formativa al servizio del corpo docente e dei nostri studenti.

Tabella 1 – elenco degli attuali Problemi Clinico-sanitari Essenziali (PCE)

|  |   |
|--|---|
| 1. Febbre  | 41. Rischio cardiovascolare   |
| 2. Gestione del paziente con infezione batterica           | 42. Nodulo mammario   |
| 3. SIRS, Sepsi e shock settico                             | 43. Iperazotemia/ipercreatininemia  |
| 4. Ipotensione arteriosa/shock                             | 44. Proteinuria   |
| 5. Gestione del paziente con dolore acuto e cronico        | 45. Ematuria  |
| 6. Iper-tiroidismo, ipotiroidismo                          | 46. Disturbi elettrolitici  |
| 7. Iper- e ipo-glicemie                                    | 47. Perdita dell'appetito   |
| 8. Gestione del paziente diabetico e delle sue complicanze | 48. Dimagrimento  |
| 9. Gestione del paziente con patologia tiroidea            | 49. Sovrappeso e obesità  |
| 10. Tosse, Espettorazione, emottisi, Versamento pleurico   | 50. Malnutrizione   |
| 11. Dispnea acuta  | 51. Flogosi e dolore articolare   |
| 12. Dispnea cronica  | 52. Fragilità ossea   |
| 13. Nodulo polmonare come reperto occasionale              | 53. Vertigine e capogiro  |
| 14. Alterazioni dell'equilibrio acido-base                 | 54. Drop attack, sincope, lipotimia   |
| 15. Gestione del paziente con insufficienza respiratoria   | 55. Perdita della memoria e demenze   |
| 16. Aritmie  | 56. Confusione mentale e coma   |
| 17. Iper-tensione arteriosa                                | 57. Cefalea e nevralgie del capo e della faccia   |
| 18. Dislipidemie   | 58. Ictus/emorragia cerebrale   |
| 19. Sindrome metabolica                                    | 59. Alterazione della motilità volontaria   |
| 20. Prevenzione delle infezioni ospedaliere                | 60. Alterazioni della motilità involontaria e del coordinamento motorio                 |
| 21. Gestione delle infezioni ospedaliere                   | 61. Meningismo  |
| 22. Scompenso cardiaco                                     | 62. Disturbi ansiosi  |
| 23. Dolore toracico  | 63. Disturbi Depressivi   |
| 24. Edemi, anasarca  | 64. Disturbi del comportamento alimentare   |
| 25. Gestione del paziente iperteso                         | 65. Stili di vita inappropriati (fumo, alcol)   |
| 26. Dolore addominale                                      | 66. Stili di vita inappropriati (sedentarietà e inattività fisica sovrappeso e obesità) |
| 27. Vomito   | 67. Stili di vita inappropriati (comportamenti sessuali a rischio)                      |
| 28. Diarrea  | 68. Esotossicosi alcolica   |
| 29. Emorragie digestive                                    | 69. Intossicazione da sostanze  |
| 30. Ascite   | 70. Rischio oncologico: mammella, colon-retto, utero, ovaio, prostata, polmone          |
| 31. Alterazione degli indici di funzionalità epatica       | 71. Gestione del paziente nel postoperatorio  |
| 32. Ittero   | 72. Gestione del paziente con neoplasia di mammella, utero, ovaio e prostata            |
| 33. Anemia   | 73. Gestione del paziente con neoplasia di colon-retto, polmone, tiroide, testa/collo   |
| 34. Leucocitosi, poliglobulia                              | 74. Ulcere cutanee e decubiti   |
| 35. Trombocitopenia  | 75. Ernie e patologie della parete addominale   |
| 36. Pancitopenia   | 76. Riduzione dell'autosufficienza  |
| 37. Presenza di componente monoclonale                     | 77. Fragilità   |
| 38. Linfadenomegalia                                       |   |
| 39. Insufficienza arteriosa periferica                     |   |
| 40. Trombosi venosa profonda                               |   |

Tabella 2 – Raggruppamenti di discipline teoriche ed esempi di domande orientate alla competenza

| Raggruppamento  | Discipline  | Esempio di domanda che esplora competenza clinica e conoscenza teorica propria del raggruppamento <sup>4</sup>  |
|-----------------|---|---|
| Molecole        | Chimica, Biochimica, Medicina di Laboratorio  | Un ragazzo di 18 anni presenta stato di coscienza ridotto. La madre riferisce vomito protratto odierno, polidipsia e dimagrimento durante il mese precedente. Interpretazione EGA? Ipotesi?       |
| Cellule         | Biologia, Genetica, Biologia Molecolare   | Una donna di 57 anni risulta affetta da un tumore del colon destro. In anamnesi una sorella affetta da tumore dell'utero. Ipotesi? Test genetici?   |
| Strutture       | Istologia, Anatomia umana, Diagnostica per Immagini   | Un uomo di 35 anni presenta una copiosa emorragia digestiva da ulcera della parete posteriore del duodeno, dimostrata con EGDS. Intervento terapeutico?   |
| Funzioni        | Fisiologia, Fisiopatologia  | Una donna di 63 anni affetta da CoViD-19, all'EGA presenta un P/F ratio di 98. Interpretazione fisiopatologica?   |
| Patologia       | Immunologia e Immunopatologia, Microbiologia, Patologia Generale, Anatomia Patologica                             | Una donna di 58 anni è stata sottoposta ad intervento chirurgico per carcinoma duttale della mammella. L'esame istologico dimostra un luminale B. Ulteriore intervento terapeutico?               |
| Farmacologia    | Farmacologia  | Un uomo di 68 anni viene ricoverato per dissecazione dell'aorta toracica discendente. Razionale dell'uso dei beta-bloccanti?  |
| Scienze umane   | Storia della Medicina, Psicologia, Bioetica, Filosofia, Ragionamento clinico                                      | Una donna di 78 anni, affetta da carcinoma della testa del pancreas, rifiuta l'intervento chirurgico. Fondamenti bioetici?  |
| Sanità pubblica | Statistica, Epidemiologia, Igiene, Economia sanitaria, Management sanitario, Medicina legale, Medicina del lavoro | Un uomo di 65 anni si presenta al PS con P.A. 180/110. Riferisce cefalea, non sintomi neurologici. Appropriatelyzza del ricovero per tipologia? Fondamento normativo o razionale della decisione? |

<sup>4</sup> Gli esempi sono stati creati ad hoc per questo articolo e non fanno parte del database delle domande per il TECO-M 2021. Per brevità, gli esempi non comprendono le risposte tra cui scegliere ma vengono suggeriti alcuni quesiti possibili a cui ispirare le domande

# Il Test sulle Competenze (TECO) dell'ANVUR: prima applicazione ai corsi di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia

Bruno Moncharmont, Fabrizio Consorti<sup>1</sup>, Giuseppe Familiari<sup>1</sup>, Pietro Gallo, Marco Krengli<sup>2</sup>, Maria Luigia Randi<sup>3</sup>, Maria Grazia Strepparava<sup>4</sup>, Linda Vignozzi<sup>5</sup>, Morena Sabella<sup>6</sup>, Maria Rita Infurna<sup>6</sup> e Stefania Basili<sup>1b</sup>

<sup>1</sup>Università degli studi di Roma "La Sapienza"; <sup>2</sup>Università degli studi del Piemonte orientale; <sup>3</sup>Università degli studi di Padova; <sup>4</sup>Università degli studi di Milano-Bicocca; <sup>5</sup>Università degli studi di Firenze; <sup>6</sup>Agenzia Nazionale di Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca

## Riassunto

La fattiva collaborazione tra ANVUR e CPPCLMM&C ha reso possibile la somministrazione nella primavera del 2021 del Test sulle Competenze (TECO) disciplinari agli studenti dei CLM in Medicina e chirurgia italiani. Nell'articolo sono riportati i dati di partecipazione a questa prima edizione.

## Abstract

*The effective collaboration between ANVUR and CPPCLMM & C made it possible to administer the disciplinary Skills Test (TECO) in the spring of 2021 to Italian students of the CLM in Medicine and Surgery. The article shows the participation data for this first edition.*

## Introduzione

Nella settimana dal 19 al 23 aprile di quest'anno si è svolto per la prima volta il Test sulle Competenze (TECO) disciplinari per i CLM in Medicina e chirurgia, nell'ambito del progetto TECO della Agenzia Nazionale di Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca (ANVUR). Il test si è svolto completamente per via telematica, in relazione alle restrizioni dovute alla pandemia COVID-19, con la collaborazione di CINECA e si è avvalso della esperienza maturata dai corsi di laurea in medicina italiani nei 13 anni di vita del progress test, organizzato dalla Conferenza permanente dei Presidenti di corso di laurea magistrale in Medicina e chirurgia (CPPCLMM&C), che negli anni ha visto coinvolta la quasi totalità dei corsi italiani (Tenore et al., 2015, 2017, 2018; Recchia et al., 2019; Recchia e Moncharmont, 2019).

Il progetto TECO è parte integrante del sistema Autovalutazione, Valutazione periodica, Accredimento (AVA) e prevede sia la definizione che la somministrazione di test in grado di rilevare le competenze trasversali (TECO-T) e disciplinari (TECO-D) acquisite dagli studenti durante il corso di studi.

La prova TECO-T è realizzata da ANVUR con la collaborazione di gruppi di esperti costituiti principalmente da docenti universitari, mentre la definizione del TECO-D, che rileva le specifiche conoscenze competenze disciplinari, in coerenza con i primi due Descrittori di Dublino, è realizzata da gruppi disciplinari (denominati Gruppi di lavoro) costituiti in seno ad ANVUR.

Il Gruppo di Lavoro (GdL) TECO-D/Medicina (definito per brevità TECO-M) è stato Istituito con delibera no. 12/2021 del Consiglio Direttivo dell'ANVUR del 21 gennaio 2021 ed è costituito da Fabrizio Consorti, Giuseppe Familiari, Pietro Gallo, Marco Krengli, Bruno Moncharmont, Maria Luigia Randi, Maria Grazia Strepparava e Linda Vignozzi e rimarrà in carica fino al 31 luglio 2022. Fanno parte del gruppo anche le dottoresse Morena Sabella e Maria Rita Infurna di ANVUR, con funzioni di coordinamento.

Il GdL, insediatosi alla fine del mese di gennaio, ha svolto le prime attività previste dal mandato ricevuto, concernenti la definizione dei contenuti "core" declinati in obiettivi formativi finali e specifici, la definizione della prova TECO-D e la gestione della somministrazione del TECO-D definito. Questa attività preparatoria è stata inoltre presentata e discussa nell'articolo di Fabrizio Consorti et al., pubblicato in questo stesso numero, che è stato inviato a tutti i partecipanti (tramite i presidenti di CL) nelle settimane precedenti la prova (Consorti, 2021).

Ulteriore compito del GdL sarà quello di gestire la restituzione dei risultati ai singoli CdS quando i dati saranno resi disponibili dal CINECA.

## Il Test

Il GdL ha predisposto 80 quesiti a scelta multipla con una sola risposta valida (+ 4 distrattori) con riferimento ai 77 problemi clinici essenziali (PCE) definiti dalla Conferenza (Consorti, 2021). Per ogni quesito è tracciato il riferimento ad un singolo PCE e ad eventuali richiami per discipline di base. Il senso di questi richiami è di valutare anche l'acquisizione delle conoscenze di base, di volta in volta necessarie alla soluzione dei quesiti clinici. I quesiti sono stati organizzati in un database che consentirà, per ciascun quesito, di conservare anche i dati docimologici.

Il test è stato somministrato, insieme al TECO-T, agli studenti del VI anno di corso dei CLM in Medicina e chirurgia nei giorni 19 e 20 aprile e del III anno di corso nei giorni 21 e 22 aprile; gli studenti hanno avuto a disposizione 50 minuti per rispondere a TECO-T e 120 minuti per risolvere i problemi

clinici relativi al TECO-M. Per la prova è stata utilizzata una piattaforma informatica allestita dal CINECA. In ogni sede la prova è stata coordinata da un referente di sede con cui hanno collaborato i tutor di aula (in totale 296 tutor).

### **La partecipazione**

Hanno aderito alla prova 41 CLM, tra cui anche 7 corsi in lingua inglese. Dei 73 corsi LM-41 attivati nell'aa 2020/21, 62 hanno attivo il III anno e solo 60 il VI anno. In tabella sono riportati i dati di adesione.

| CLM partecipanti  | inglese | italiano | totale |
|-------------------|---------|----------|--------|
| III anno di corso | 7/14    | 32/48    | 39/62  |
| VI anno di corso  | 4/13    | 32/47    | 36/60  |

Per 34 CLM hanno partecipato gli studenti di entrambi gli anni, per 5 solo del terzo anno e per 2 solo del sesto anno. Inoltre, in via sperimentale, in tre CLM hanno partecipato gli studenti del quarto anno ed in uno anche quelli del quinto.

Hanno partecipato in percentuale maggiore gli studenti del III anno [3166 studenti (45,27% del totale)] rispetto a quelli del VI [2498 studenti del VI anno (30,03% del totale)]. Molto variabile, comunque, è stata la percentuale di partecipazione degli studenti iscritti all'anno nelle diverse sedi, come si può rilevare dai grafici presentati in fig. 1.

Da una indagine contestuale alla richiesta di adesione alla prova è stato possibile rilevare che in 28 dei 41 CLM aderenti era concessa una forma di premialità agli studenti per la partecipazione al TECO. Per 20 di questi la premialità consisteva nella attribuzione di CFU nella carriera nell'ambito delle attività didattiche a scelta dello studente, mentre negli altri 8 consisteva in un bonus sul calcolo del voto della prova finale (voto di laurea). Dall'istogramma presentato in fig. 2 si può rilevare come la aspettativa di una premialità influisca positivamente sulla percentuale di partecipazione degli studenti alla prova.

### **Conclusioni**

La lunga esperienza italiana sull'uso del "progress testing", al pari delle numerose esperienze internazionali, conferma ulteriormente l'importanza di tale metodo di verifica longitudinale come efficace mezzo atto a censire le competenze degli Studenti di Medicina e Chirurgia (Schuwirth e Van

Der Vleuten, 2012; Tenore et al., 2015, 2017, 2018; Recchia et al., 2019; Recchia e Moncharmont, 2019; Consorti, 2021).

Deve anche essere ricordato come l'uso e la sperimentazione di queste metodologie verticali di verifica delle competenze, tra cui il nuovo assetto del TECO-M, costituisca un importante mezzo atto a favorire l'innovazione delle metodologie didattiche utili a far emergere la pratica della "competency-based education" (Van Der Vleuten e Schuwirth, 2019).

Al momento non sono ancora disponibili risultati del test per avviare un'analisi di sistema, con il calcolo degli indici docimologici per ciascun quesito e per restituire alle sedi i risultati in relazione ai singoli PCE. Saranno questi i prossimi impegni del GdL che, sulla base di questa analisi, potrà valutare criticità e identificare aspetti migliorabili nella formulazione dei quesiti o nella organizzazione per le prove degli anni successivi.

Le modalità di svolgimento della prova si sono dimostrate perfettamente sostenibili da tutte le sedi coinvolte, confermando la validità dello strumento informatico messo a disposizione da CINECA. Sarebbe auspicabile, in considerazione dell'effetto osservato del bonus sulla partecipazione, di aprire nell'ambito della CPPCLMM&C un confronto finalizzato ad individuare modalità condivise per erogare agli studenti una premialità per la partecipazione a questo tipo di verifica.

Sarebbe comunque auspicabile prevedere per i prossimi anni un maggior coinvolgimento di tutte le sedi nella predisposizione dei quesiti, cosa che quest'anno non è stato possibile per i tempi non lunghi che si sono avuti a disposizione per consentire la somministrazione del test nel corrente anno accademico.

### **Bibliografia**

- Consorti F. Genesi e sviluppo del Test sulle Competenze (TECO) dell'ANVUR: applicazione ai Corsi di Laurea in Medicina. *Journal of Italian Medical Education* 86, 2021.
- Recchia L, Moncharmont B, Gallo P. Dal Progress Test al Training Test: una prima elaborazione dei dati. *Journal of Italian Medical Education* 81: 3594-3600, 2019.
- Recchia L, Moncharmont B. Dal Progress Test al Training Test: analisi dei risultati finali 2018. *Journal of Italian Medical Education* 82: 3650-3654, 2019.
- Schuwirth LWT, Van Der Vleuten CPM. The use of progress testing. *Perspectives in Medical Education* 1: 24-30, 2012.

Tenore A, Basili S, Lenzi A. Il Progress Test dal Novembre 2006 al Novembre 2014. *Journal of Italian Medical Education* 68: 3089-3093, 2015.

Tenore A, Basili S, Lenzi A. Il Progress Test 2016. *Journal of Italian Medical Education* 75: 3386-3390, 2017.

Tenore A, Basili S, Sansone A, Lenzi A. Il Progress Test 2017. *Journal of Italian Medical Education* 79: 3530-3533, 2018.

Van Der Vleuten CPM, Schuwirt LWT. Assessment in the context of problem-based learning. *Advances in Health Sciences Education* 24: 903-914, 2019.

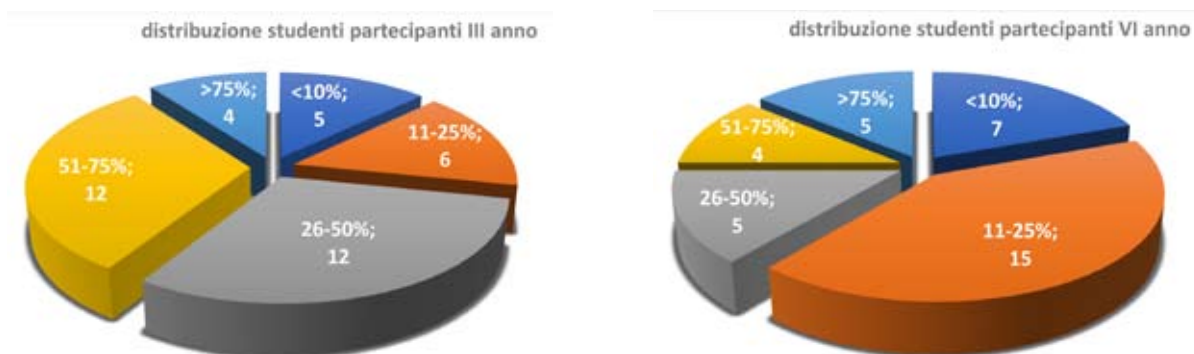


Figura 1 – Distribuzione in fasce percentuali degli studenti partecipanti. Il numero intero è il numero di sedi nella fascia.

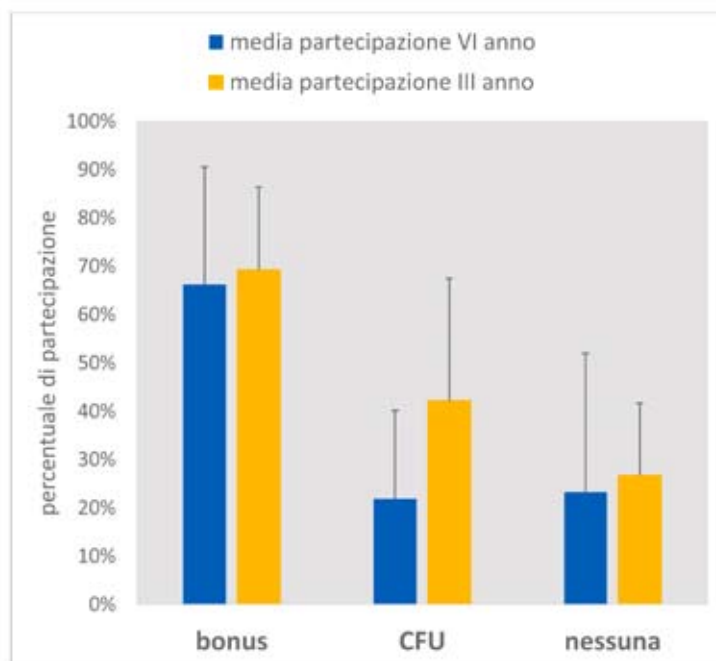


Figura 2 – Effetto della premialità per la partecipazione al test. Nell'istogramma sono riportate le medie della percentuale di partecipazione degli studenti al test nelle sedi senza premialità o nelle sedi con i due tipi di premialità (bonus o attribuzione di CFU).

# Le Cure Palliative nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie

## Palliative Care in Degree Courses of Health Professions

De Marinis M.G.<sup>1</sup>, Facchinetti G.<sup>1</sup>, Lommi M.<sup>2</sup>, Saiani L.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unità di Ricerca Scienze Infermieristiche, Università Campus Bio-Medico di Roma, <sup>2</sup>Università di Roma Tor Vergata

<sup>3</sup>Università degli Studi di Verona

### Abstract

*The Permanent Conference of the Degree Courses of the Health Professions has carried out a descriptive analysis to detect the implementation of MIUR recommendations no. 13244 of 2018 for immediate integration into the teaching plans the field of Palliative Care. On the basis of the information provided by a convenience sample made up of 72 degree course locations, it should be noted that 43% of the sample had already entered training objectives on palliative care in the SUA from the 2018/2019 academic year, while 25% of the degree courses have planned to introduce them within the next academic year. In addition, more than half of the degree courses (58%), in previous years, had already addressed some issues of Palliative Care in different teaching programs. However, the results show that not all degree courses are yet ready to enhance Palliative Care in their training curriculum and that theoretical-practical training turns out to be uneven in favour of the northern courses location. The inhomogeneity of palliative care network in Italian regions can be considered among the causes of lack of sharing of training experiences at national level. Furthermore, the data collected shows a generalized absence of interprofessional training experiences which is probably the expression of a more widespread insufficiency of integrated teaching models in the university contexts.*

**Keywords:** Education, Palliative Care, Healthcare Professions

### Introduzione

Circa 20 milioni di persone in tutto il mondo necessitano di Cure Palliative, intese come cure attive e globali che superano il tradizionale approccio bio-medico, ponendo un'attenzione spiccata anche verso le componenti psicologiche, sociali e spirituali (Moroni, Bolognesi, Muciarelli, Abernethy, & Biasco, 2011) che influiscono sulla qualità di vita di pazienti affetti da malattie gravi ed incurabili e delle loro famiglie (Connor & Bermedo, 2014; Hoerger, Wayser, Schwing, Suzuki, & Perry, 2019). Le Cure Palliative rispondono alla complessità dei bisogni assistenziali di tali pazienti mediante un approccio di cura interdisciplinare (World Health Organization, 2019), quale modalità privilegiata per una più completa ed articolata comprensione delle effettive condizioni del malato e per interventi sinergici tra professionisti con competenze diversificate, capaci di includere nella progettazione del lavoro di cura anche pazienti e familiari.

In Italia, la legge n. 38 del 15 marzo 2010 (Legge 38/2010) (G.U. 19 marzo 2010, n. 65), nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, afferma il diritto ad accedere alle Cure Palliative di pazienti affetti da malattie cronic-evolutive per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia stessa o di un prolungamento significativo della vita. Si tratta di una Legge (Legge 38/2010) fortemente innovativa, non solo in tema di tutela della dignità, autonomia e qualità della vita del malato, ma anche in termini di formazione del personale sanitario. L'art. 8 di tale Legge prevede, infatti, l'individuazione di percorsi formativi progressivi in materia di Cure Palliative affinché, in linea con le raccomandazioni dell'European Association for Palliative Care (EAPC), oltre alla formazione di competenze specifiche, si diffonda in ambito sanitario una cultura palliativa quale patrimonio di tutti i professionisti della salute che operano nei diversi setting di cura (European Association dall'European Association for Palliative Care, 2009; Elsner et al., 2009; Ministero della salute, 2018; Ministero della salute, 2017). L'Accordo Stato-Regioni indica gli Infermieri e i Fisioterapisti tra le figure chiave dell'assistenza ai pazienti che necessitano di Cure Palliative. Per questi professionisti l'EAPC suggerisce un percorso formativo articolato su tre livelli diversificati di approfondimento, in quanto "non tutti gli operatori necessitano di una formazione della stessa natura e dello stesso livello, sia perché le loro responsabilità nei confronti dei malati e dell'équipe sono diverse e complementari, sia perché sono differenti la tipologia e il numero di malati che assistono". Il primo livello prevede una formazione essenziale nel campo delle Cure Palliative rivolta a tutti i professionisti sanitari e fornita nei corsi di laurea professionalizzanti. Il secondo livello è finalizzato a far acquisire competenze specifiche in corsi post-base destinati a professionisti che dovranno lavorare nei contesti di Cure Palliative e il terzo livello prevede una formazione avanzata per tutti coloro che nei servizi dedicati dovranno assumere ruoli apicali in ambito clinico, educativo e manageriale. In Italia, nel 2012, è stato istituito il Master di I livello in Cure Palliative e Terapia del dolore per operatori sanitari in possesso della Lau-

rea di primo livello in Infermieristica, Infermieristica Pediatrica, Fisioterapia e Terapia Occupazionale, per l'acquisizione di competenze specifiche in ambito clinico, comunicativo-relazionale, psicosociale ed etico (DM 14 aprile 2012). Il Master, con ordinamento didattico nazionale, ha costituito, e continua a costituire, un importante laboratorio didattico di perfezionamento scientifico e di alta formazione permanente che, oltre allo sviluppo di competenze specifiche, contribuisce alla sensibilizzazione del mondo universitario verso la necessità di creare percorsi formativi dedicati e progressivi nel campo delle Cure Palliative. Nonostante l'attivazione di questo importante percorso post-base a carattere specialistico, la formazione in Cure Palliative sembra però risentire di un forte ritardo in tutti i corsi di laurea della Facoltà di Medicina. Ad essere carente è proprio quel primo livello di formazione che l'EAPC ritiene essenziale per la diffusione di una cultura palliativa, patrimonio fondamentale di tutti coloro che potranno trovarsi a gestire i bisogni di Cure Palliative nei diversi contesti sanitari, a prescindere dai profili professionali e dalle diverse tipologie di specializzazione. La necessità di una formazione base congruente con le responsabilità proprie di ciascun profilo viene sostenuta anche dall'OMS nella 67a assemblea mondiale sulla salute del 2014 (World Health Organization, 2014).

Già da tempo, molti paesi del Nord America (Canada, Stati Uniti) (Ferrell, Mazanec, Malloy, & Virani, 2018; Rietze, Tschanz, & Richardson, 2018), dell'Europa (Spagna, Portogallo) (Martins Pereira & Hernández-Marrero, 2016; Valles Martinez & Garcia Salvador, 2013), l'Australia (Malone, Anderson, & Croxon, 2016), dell'Asia (Youssef, Mansour, Al-Zahrani, Ayasreh, & Abd El-Karim, 2015) hanno inserito contenuti specifici di Cure Palliative (Gillan, van der Riet, & Jeong, 2014) nei curricula accademici degli infermieri, fisioterapisti (Veqar, 2016) e terapeuti occupazionali (Meredith, 2010).

In Italia, gli unici dati sugli insegnamenti in materia di Cure Palliative nei corsi di laurea delle professioni sanitarie risalgono ad uno studio del 2014 che ha evidenziato, nei soli CdL in Infermieristica, una diffusione eterogenea, con insegnamenti esclusivamente teorici della durata di poche ore (Mastroianni et al., 2019).

Nel 2018 il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (MIUR), con la nota n. 13244 del 26 Aprile, inviava una raccomandazione indirizzata

ai Corsi di Laurea (CdL) in Infermieristica, Infermieristica Pediatrica, Fisioterapia e Terapia Occupazionale per l'integrazione immediata dell'insegnamento delle Cure Palliative nei loro piani didattici.

Il 15 maggio 2018 la Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie (CPCLPS) approvava una mozione in cui si esprimeva a favore della raccomandazione del MIUR e sollecitava i Coordinatori/Presidenti dei Corsi di Laurea della prima e seconda classe ad integrare i piani di studio con specifiche attività/programmi formativi in materia di cure palliative e di terapia del dolore, inserendo nella Scheda Unica Annuale (SUA) i relativi risultati di apprendimento attesi.

Successivamente ha avviato una web survey nazionale esplorativa allo scopo di rilevare presso gli Atenei italiani il recepimento di dette raccomandazioni. Questo studio ne descrive il metodo e i risultati.

## **Metodo**

Da febbraio a marzo 2019 è stato condotto uno sondaggio telematico trasversale su un campione di convenienza di CdL in Infermieristica, Infermieristica pediatrica, Fisioterapia e Terapia occupazionale.

### *Questionario*

Un gruppo di esperti della CPCLPS ha sviluppato un questionario strutturato in 9 items: di cui 7 items a risposta chiusa e 2 a risposta aperta breve. Il questionario ha rilevato le seguenti informazioni: a) la presenza nella Scheda Unica Annuale degli obiettivi formativi inerenti le Cure Palliative (quadro A4b2); b) la presenza/assenza nel piano di studi di insegnamenti e/o moduli specifici per Cure Palliative; c) l'anno di corso in cui viene impartito l'insegnamento, i Settori Scientifici Disciplinari (SSD) di riferimento e i relativi CFU; d) gli ambiti di tirocinio; e) le metodologie didattiche utilizzate. Tutti gli items sono stati caricati sul sito Web di Google Forms, uno strumento gratuito per la creazione di moduli di sondaggi online (<https://docs.google.com/forms/u/0/>). Il questionario richiedeva circa 30 minuti per essere completato.

### *Web survey*

Una lettera di accompagnamento contenente un collegamento ipertestuale al sondaggio è stata inviata per e-mail ai direttori delle Università italiane dove sono attivi i CdL in Infermieristica, Infermie-

ristica pediatrica, Fisioterapia e Terapia occupazionale. Il completamento del sondaggio implicava il consenso alla partecipazione.

Per ciascun input è stato verificato il terminale sorgente attraverso la rilevazione del rispettivo codice di Internet Protocol Access, in modo da individuare e risolvere eventuali duplicazioni di compilazione generate per errore ovvero compilazioni che potessero condizionare o alterare la validità della rilevazione. Non sono stati offerte ricompense per la partecipazione alla web survey. L'identità di ciascun organo partecipante è stata mantenuta riservata durante la raccolta e l'analisi dei dati.

I risultati della survey sono stati riportati seguendo la Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES) (Eysenbach, 2004).

### **Analisi statistica**

Google Forms ha automaticamente convertito ogni questionario in file Excel (Microsoft, Seattle, WA) e ogni questionario è stato controllato per potenziali incongruenze durante questo processo di conversione. I dati sono stati analizzati tramite il software statistico SPSS versione 22 calcolando le frequenze e le percentuali per le variabili categoriche e le medie e le deviazioni standard per quelle continue.

## **Risultati**

### **Analisi del campione**

Il campione di convenienza è rappresentato da 72 sedi dei CdL dislocate nelle regioni del nord, centro e sud Italia (vedi Tabella 1).

| <b>Corso di Laurea</b>     | <b>Nord (63,8%)</b> | <b>Centro (26,4%)</b> | <b>Sud (9,72%)</b> | <b>Totale sedi</b> |
|----------------------------|---------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|
| Infermieristica            | 30                  | 10                    | 7                  | 47                 |
| Infermieristica Pediatrica | 4                   | -                     | 1                  | 5                  |
| Fisioterapia               | 11                  | 3                     | 2                  | 16                 |
| Terapia Occupazionale      | 2                   | 2                     | -                  | 4                  |
| <b>Totale sedi</b>         | <b>47</b>           | <b>15</b>             | <b>10</b>          | <b>72</b>          |

Tabella 1: Sedi di CdL partecipanti alla web-survey per area geografica

### **Presenza nella scheda SUA degli obiettivi formativi inerenti le Cure Palliative**

L'inserimento nella SUA (quadro A4b2) degli

obiettivi formativi inerenti l'ambito delle Cure Palliative, era prevista in 31 sedi (43%) mentre in 18 (25%) si dichiarava di prevederne l'inserimento nel successivo anno accademico (vedi Tabella 2).

### **Presenza nel piano di studi di insegnamenti e/o moduli specifici per Cure Palliative e CFU assegnati**

Quarantadue sedi (58%) dichiaravano di aver già inserito l'insegnamento di Cure Palliative e di queste: 31 del CdL in Infermieristica, 5 del CdL in Fisioterapia, 4 del CdL in Terapia occupazionale e 2 del CdL in Infermieristica pediatrica. Queste sedi hanno denominato l'insegnamento o il modulo specifico per le Cure Palliative in modi differenti: nel CdL in Infermieristica l'insegnamento era frequentemente denominato "Infermieristica clinica nella cronicità e disabilità" (33%) e in genere era associato al modulo "Infermieristica clinica in Medicina e Cure Palliative". Altro modo di denominare l'insegnamento, prevalentemente nelle sedi del Nord Italia, era "Scienze cliniche dell'Area medico-specialistica" che veniva in genere associato al modulo "Infermieristica Oncologica nelle Cure Palliative".

Nel CdL in Terapia occupazionale la metà delle sedi dichiarava di aver denominato l'insegnamento "Metodologie riabilitative e occupazionali in medicina del lavoro" che comprendeva il modulo "Psicologia sociale delle Cure Palliative". Questo CdL è stato l'unico ad avere in tutte e 4 le sedi un insegnamento e un modulo denominato Cure Palliative. Inoltre, in una sede del CdL in Infermieristica e in una di Fisioterapia venivano segnalate specifiche attività seminariali.

Delle 30 sedi (30/72) che dichiaravano di non avere un insegnamento o modulo specifico di Cure Palliative, 25 sedi (34,72%) affermavano che argomenti specifici erano inseriti all'interno dei programmi/syllabus di altri insegnamenti. Queste sedi erano 13 del CdL in Infermieristica, 3 del CdL in Infermieristica pediatrica e 9 sedi del CdL in Fisioterapia (vedi Tabella 3).

I CdL di Infermieristica (18 sedi su 30 rispondenti) e Fisioterapia (5 sedi su 8 rispondenti) hanno dichiarato di attribuire prevalentemente 1 CFU all'insegnamento di Cure Palliative mentre i CdL di Terapia Occupazionale dichiarano di attribuirne più di uno (2 sedi su 3 rispondenti).

Tabella 2: Inserimento degli Obiettivi Formativi per l'insegnamento di Cure Palliative nella scheda SUA

|   | Sedi dei Corsi di Laurea (N=72)<br>f (%) | Risposte                   | Aree geografiche f (%) |                     |                |
|---|--|----------------------------|------------------------|---------------------|----------------|
|   |  |                            | Nord<br>47 (65.2)      | Centro<br>15 (20.8) | Sud<br>10 (14) |
| Nella scheda SUA (quadro A4b2) sono descritti gli obiettivi formativi inerenti le Cure Palliative | Infermieristica<br>47 (65.3) †           | No                         | 7 (15)                 | 1 (6.7)             | 4 (40)         |
|   |  | Si, già da anni precedenti | 16 (34.1)              | 6 (40)              | 1 (10)         |
|   |  | Si, da quest'A.A           | 3 (6.4)                | 3 (20)              | 2 (20)         |
|   | Fisioterapia<br>16 (22.2) †              | No                         | 4 (8.5)                | 1 (6.7)             | -              |
|   |  | Si, già da anni precedenti | 3 (6.4)                | -                   | 1 (10)         |
|   |  | Si, da quest'A.A           | 4 (8.5)                | 2 (13.3)            | -              |
|   | Infermieristica pediatrica<br>5 (7.0)    | No                         | -                      | -                   | 1 (10)         |
|   |  | Si, già da anni precedenti | 2 (4.2)                | -                   | -              |
|   |  | Si, da quest'A.A           | 2 (4.2)                | -                   | -              |
| Terapia Occupazionale<br>4 (5.5)  | No                                       | -                          | -                      | -                   |                |
|   | Si, già da anni precedenti               | -                          | 2 (13.3)               | -                   |                |
|   | Si, da quest'A.A                         | 2 (4.2)                    | -                      | -                   |                |

**Note:** †dato non specificato da 5 sedi di corso (4 in Infermieristica/Nord e 1 in Fisioterapia/Sud); A.A: Anno Accademico

Tabella 3: Argomenti di Cure Palliative trattati nei programmi/syllabus di altri insegnamenti (N=24 sedi)

| Argomenti di Cure Palliative                         | Sedi † |
|--|--------|
| Storia e filosofia delle Cure Palliative             | 13     |
| Questioni etiche del fine vita                       | 15     |
| Valutazione dei sintomi in fase avanzata di malattia | 17     |
| Gestione dei sintomi in fase avanzata di malattia    | 13     |
| La rete di Cure Palliative                           | 11     |
| Il supporto alla Famiglia                            | 12     |
| Il lavoro interprofessionale                         | 12     |

**Note:** †Ogni sede ha indicato più volte un argomento di CP trattato nei syllabus

### Collocazione nel triennio degli insegnamenti di Cure Palliative durante gli anni di corso e SSD attivati

Gli insegnamenti di Cure Palliative sono svolti prevalentemente nel secondo anno di corso per Infermieristica (33 sedi su 47 rispondenti); nel terzo anno per Fisioterapia (8 sedi su 16 rispondenti) e Terapia Occupazionale (4 sedi su 4 rispondenti);

sia durante il secondo che durante il terzo anno (3 sedi su 5 rispondenti) per Infermieristica Pediatrica

I SSD a cui è affidato l'insegnamento sono vari. In particolare, sono stati indicati i seguenti SSD: MED/45, MED/48, MED/06, MED/41 dai CdL in Infermieristica; MED/45 e M-PSI/01 dai CdL in Infermieristica pediatrica; MED/09, MED/48, MED/06, MED/41 dai CdL in Fisioterapia e MED/48, MED/06 dai CdL in Terapia Occupazionale.

### Ambiti di tirocinio

Il tirocinio specifico di Cure Palliative è garantito a tutti gli studenti in 16 sedi (26%); in 39(64%) viene effettuato solo da coloro che ne fanno richiesta o secondo la disponibilità della sede; invece, in 6 sedi (10%) non è previsto nessun tirocinio specifico (vedi Tabella 3a).

Nelle sedi dei CdL che prevedono il tirocinio in Cure Palliative, esso viene svolto in vari setting della rete: hospice, assistenza domiciliare, ambulatorio di cure palliative, day hospice, ospedale, ambulatorio di terapia del dolore, casa di riposo con team di cure palliative (vedi Tabella 3b).

Tabella 3a: Tirocinio specifico di Cure Palliative (61 sedi rispondenti su 72 sedi)

| Corsi di Laurea<br>61 sedi                  | Infermieristica<br>41 sedi | Infermieristica<br>pediatrica<br>2 sedi | Terapia<br>Occupazionale<br>4 sedi | Fisioterapia<br>14 sedi |
|---|----------------------------|---|------------------------------------|-------------------------|
| Nessun tirocinio                            | 3                          | -                                       | -                                  | 3                       |
| Su richiesta e/o in base alla disponibilità | 26                         | 1                                       | 4                                  | 8                       |
| Garanzia a tutti gli studenti               | 12                         | 1                                       | -                                  | 3                       |

Tabella 3b: Ambiti di tirocinio specifico di Cure Palliative (53 sedi rispondenti su 72 sedi)

| Corsi di Laurea<br>53 Sedi                     | Infermieristica<br>41 Sedi |                          |                       | Infermieristica<br>pediatrica<br>1 Sede | Terapia<br>Occupazionale<br>4 Sedi |                          | Fisioterapia<br>7 Sedi |                          |                       |
|--|----------------------------|--------------------------|-----------------------|---|------------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Ambiti di tirocinio/ Media<br>ore di tirocinio | Nord <sup>†</sup><br>28    | Centro <sup>†</sup><br>9 | Sud <sup>†</sup><br>4 | Nord<br>1                               | Nord <sup>†</sup><br>2             | Centro <sup>†</sup><br>2 | Nord <sup>†</sup><br>4 | Centro <sup>†</sup><br>1 | Sud <sup>†</sup><br>2 |
| Hospice  | <b>23</b><br>144,1         | <b>7</b><br>141          | <b>3</b><br>150       | <b>1</b><br>70                          | <b>2</b><br>100,50                 | <b>1</b>                 | <b>3</b><br>168        |                          | <b>2</b><br>100       |
| Assistenza domiciliare                         | <b>24</b><br>173,4         | <b>7</b><br>152,3        |                       | <b>1</b><br>70                          |                                    |                          | <b>1</b><br>30         | <b>1</b><br>50           | <b>1</b><br>-         |
| Ambulatorio di Cure Palliative                 | <b>6</b><br>114            | <b>2</b><br>43           | <b>1</b><br>100       | <b>1</b><br>-                           | -                                  | -                        | -                      | -                        | -                     |
| Day Hospice                                    | <b>4</b><br>165,2          | <b>2</b><br>105          | <b>1</b><br>-         | -                                       | -                                  | -                        | -                      | -                        | -                     |
| Ospedale                                       | <b>3</b><br>138            | <b>2</b><br>50           | <b>1</b><br>100       | -                                       | -                                  | <b>2</b><br>250          | -                      | -                        | -                     |
| Terapia del dolore                             | <b>1</b><br>16             | -                        | <b>2</b><br>150       | <b>1</b><br>70                          | -                                  | -                        | -                      | -                        | -                     |
| Casa di riposo/team CPP                        | <b>5</b><br>154,8          | -                        | -                     | -                                       | -                                  | <b>1</b><br>250          | <b>1</b><br>250        | -                        | <b>1</b><br>-         |

<sup>†</sup> è presente la scelta tra più di un ambito di tirocinio nelle sedi

### Metodologie didattiche utilizzate per l'insegnamento

Le modalità didattiche più utilizzate dai CdL sono le lezioni frontali (46%), le discussioni di casi (49%) o l'utilizzo di filmati (36%).

Tutte le altre modalità come seminari, discussioni di gruppo o project based learning sono utilizzate in tutti i CdL tranne in quello di Fisioterapia.

Una delle sedi didattiche del Nord Italia del CdL in Infermieristica dichiara di utilizzare l'approccio della simulazione.

### Discussione

La survey nazionale, condotta dalla Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie (CPCLPS), evidenzia come la raccomanda-

zione del MIUR n. 13244 del 2018, finalizzata a diffondere la formazione in Cure Palliative nei Corsi di Laurea nelle Professioni sanitarie (Infermieri, Infermieri Pediatrici, Fisioterapisti e Terapisti Occupazionali), sia stata positivamente accolta da una buona parte dei CdL. Infatti, il 43% di essi ha previsto l'inserimento dei relativi obiettivi formativi nella SUA già dall'Anno Accademico (A.A.) 2018/2019, mentre il 25% prevede di inserirli entro il successivo A.A. Inoltre, i dati mostrano una crescente attenzione dei CdL verso la diffusione di una cultura professionale in Cure Palliative: più della metà dei CdL (58%), già negli anni precedenti, aveva inserito l'insegnamento di Cure Palliative (CP) nei relativi piani di studio, anche se denominandolo diversamente, e il 35% aveva comunque compreso alcuni degli argomenti inerenti le Cure palliative nei programmi/syllabus di insegnamenti diversi. Gli argomenti trattati in questi programmi corrispondono a quelli suggeriti dall'European Association for Palliative Care (De Vlieger, Gorchs, Larkin, & Porchet, 2008; Elsner et al., 2009): definizione di cure palliative, dolore, sintomi neuro-psicologici (agitazione, confusione ecc.), gestione di altri sintomi (dispnea, nausea, ecc.), etica e diritto, vissuto di pazienti, famiglie e caregiver informali, abilità comunicative. Tali tematiche costituiscono i contenuti essenziali utili ad orientare gli studenti a riconoscere il bisogno di Cure Palliative in tutti i contesti sanitari e a fornire un'assistenza adeguata a garantire il sollievo dal dolore e dagli altri sintomi nel pieno rispetto della dignità dei pazienti, indipendentemente dagli ambiti assistenziali in cui i professionisti sono chiamati ad operare.

Tuttavia, non tutti i CdL sono pronti a valorizzare le Cure Palliative nei propri piani di studio. Non tutte le sedi hanno attivato corsi specifici e, a livello nazionale, la formazione teorico-pratica si muove in maniera disomogenea a favore delle sedi del Nord soprattutto per le esperienze di tirocinio. Tale situazione sembra coincidere con la disomogenea diffusione dei Master sul territorio nazionale (Ministero della Salute, 2010), discretamente presenti nel centro nord e scarsamente attivi nel sud e nelle isole (libro bianco).

La maggior parte delle sedi di CdL (64%) dichiara di organizzare il tirocinio su richiesta del singolo studente mentre nel 26% delle sedi si programma un tirocinio per tutti gli studenti del corso. Le due opzioni indicano orientamenti formativi diversi: il primo lascia intendere il tirocinio in Cure Palliative

come un'occasione per sviluppare alcune competenze considerate specialistiche soltanto per quegli studenti che ne segnalano uno specifico interesse, il secondo fa pensare che il tirocinio in CP venga considerato un'esperienza essenziale che contribuisce alla formazione di competenze core di tutti i laureati sanitari. In entrambi i casi, c'è comunque da considerare la carenza generale delle sedi di tirocinio, dei tutor, delle facilitazioni didattiche presenti nei servizi di Cure Palliative, quali hospice, assistenze domiciliari, ambulatori ospedalieri, ed al limite che hanno le singole sedi di accogliere un gran numero di studenti.

L'insegnamento nei CdL in Infermieristica e Infermieristica Pediatrica è affidato prevalentemente ai Settori Scientifico Disciplinare (SSD) MED/45 (Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche) e MED/06 (Oncologia Medica), mentre per quanto riguarda Fisioterapia e Terapia Occupazionale il SSD più utilizzato è stato il MED/48 (Scienze infermieristiche e tecniche neuro-psichiatriche e riabilitative). Questi risultati evidenziano che la maggior parte dei CdL stanno cercando di modulare l'insegnamento delle Cure Palliative all'interno dei piani di studio, con l'obiettivo di definirne e stabilizzarne tempi, contenuti e modalità all'interno di quei SSD che maggiormente richiamano competenze disciplinari proprie dei singoli profili professionali, data la mancanza di un SSD per le Cure Palliative. Di fatto l'importanza di competenze in Cure palliative è sottolineata per gli infermieri sia dal Profilo Professionale (D.M. n. 739 del 14 settembre 1994), dove viene ribadita la natura palliativa dell'assistenza, sia dal Codice deontologico che prescrive, tra l'altro, come ogni infermiere debba attivarsi "per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza dei pazienti", adoperandosi affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari, nel pieno rispetto della sua autonomia e dei suoi valori, e lavorando con un forte orientamento interprofessionale nella rete dei servizi sociali e sanitari; mentre per i fisioterapisti il Codice Deontologico al Capo III, Art.34 dispone, in particolare, che essi si adoperino per garantire ad ogni persona la tutela e la promozione della qualità della vita in tutte le fasi, fino al suo termine, garantendo gli interventi necessari ad alleviare la sofferenza e a tutelare la dignità e l'autonomia della persona umana.

Per quanto riguarda i Terapisti occupazionali, i risultati della survey mostrano che il relativo CdL,

è stato l'unico ad avere in tutte le sedi un insegnamento e un modulo specifico in questo ambito.

Gli altri SSD a cui viene affidato l'insegnamento sono quelli maggiormente affini, quali la Medicina Interna MED/09, l'Oncologia MED/06 e l'Anestesiologia MED/41 (DM 4/10/2000) che nelle loro Declaratorie contengono un riferimento specifico alle Cure Palliative, ma potrebbero essere presenti anche SSD quali la Neurologia, l'Ematologia, la Radioterapia, le Malattie Infettive, considerate specializzazioni equipollenti dal DM 28 marzo 2018. La varietà dei SSD coinvolti nell'insegnamento delle Cure Palliative non ne facilita lo sviluppo organico soprattutto considerando che i relativi contenuti possono essere trattati sia nella descrizione di traiettorie di malattie quali quelle oncologiche, da insufficienza d'organo o neurovegetative, sia come cure specialistiche da destinare ai pazienti complessi, resi tali non tanto dalla patologia originaria, quanto dalle loro caratteristiche personali (vedi "coping", resilienza, vulnerabilità, dipendenza, ecc.), dalla instabilità, imprevedibilità e gravità dei bisogni espressi, dalle interazioni tra la persona, la famiglia e il team curante, dalla disponibilità e dal coordinamento delle reti di supporto (Gruppo di lavoro FCP-SICP "Complessità e Reti di Cure Palliative").

### **Limiti**

I dati inseriti sono auto-riportati e quindi aperti ai bias dei rispondenti.

### **Conclusioni**

La survey fornisce una prima descrizione sulla risposta delle Università alla raccomandazione del Miur relativa all'introduzione di percorsi formativi in Cure palliative nei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie.

A seguito della mozione della CPCLPS, alcuni CdL stanno via via provvedendo all'adeguamento dei propri piani di studio, introducendo nella SUA obiettivi formativi inerenti la palliazione e il fine vita. La survey evidenzia anche che alcuni CdL avevano provveduto a introdurre tali contenuti già nei programmi degli anni precedenti, a dimostrazione di una discreta sensibilità su tali argomenti tra le professioni sanitarie.

I risultati di questa survey lasciano intravedere uno sviluppo delle tematiche inerenti le Cure Palliative sia all'interno di insegnamenti sull'assistenza alla cronicità e all'inguaribilità, sia all'interno di in-

segnamenti specifici. La varietà dei settori scientifico disciplinari coinvolti sono espressione evidente della trasversalità delle cure palliative, ma evidenziano, probabilmente, anche la necessità di un loro riconoscimento all'interno di un settore scientifico disciplinare ben distinto per definire e stabilizzare le competenze specifiche di cui sono portatrici. Un altro risultato della survey che merita un'attenzione particolare è quello relativo ai tirocini. Le esperienze, piuttosto difformi, rilevate tra le varie sedi dei CdL fanno riflettere sulla necessità di poter offrire a tutti gli studenti opportunità concrete di tirocini omogenei in cui misurarsi con le più comuni problematiche della palliazione e del fine vita, affinché siano in grado di affrontare tali situazioni in tutti i contesti di cura in cui si troveranno ad operare come futuri professionisti. L'attuale disomogeneità di sviluppo della rete di cure palliative nelle diverse regioni del nostro Paese può essere considerata tra le cause di scarsa condivisione di esperienze formative a livello nazionale. Inoltre, dai dati rilevati si evidenzia una generalizzata assenza di esperienze di formazione interprofessionale che è verosimilmente espressione di una più diffusa insufficienza di modelli didattici integrati nei contesti dei CdL delle nostre Università. L'agire interprofessionale dovrebbe essere annoverato tra le principali competenze del professionista della salute, soprattutto nei contesti di cura della cronicità e della palliazione, e tali competenze dovrebbero essere sviluppate fin dal contesto formativo di base, attraverso metodologie innovative e coerenti con le finalità della pratica interprofessionale.

Vale la pena ricordare che il 1° agosto 2018 la Direzione del MIUR ha formalizzato la costituzione del Gruppo di Lavoro composto da esperti dei settori di Cure Palliative e Terapia del Dolore il cui mandato è stato quello di definire, tra l'altro, i concetti fondamentali di progettazione formativa (competenze, abilità, obiettivi) e la definizione della articolazione delle metodologie didattiche insite nei CFU. Tale riferimento può essere di stimolo e guida per i CdL che vorranno implementare le esperienze formative in questo settore, anche in termini di interprofessionalità, per dare piena attuazione al disposto dell'articolo 8 della legge 38.

### **Bibliografia**

Connor, S. R., & Bermedo, M. C. S. (2014). Global atlas of palliative care at the end of life: Worldwide Palliative Care Alliance.

- De Vlieger, M., Gorchs, N., Larkin, P., & Porchet, F. (2008). Guida per lo sviluppo della formazione infermieristica in cure palliative in Europa. EAPC, Milano.
- D.M. 4 ottobre 2000 - Settori scientifico-disciplinari. Pubblicato su G.U. n. 249 del 24 ottobre 2000-supplemento ordinario 175 Allegati: A - Elenco dei settori scientifico-disciplinari, B - Declaratorie dei settori, C - Corrispondenze tra i settori, D - Le affinità tra i settori scientifico-disciplinari. Disponibile online su [http://www.miur.it/0002Univer/0021Offert/0092Settor/index\\_cf2.htm](http://www.miur.it/0002Univer/0021Offert/0092Settor/index_cf2.htm) (Ultimo accesso il 01/08/20)
- Elsner, F., Centeno, C., De Conno, F., Ellershaw, J., Eychmuller, S., Filbet, M., . . . Larkin, P. (2009). Recommendations of the EAPC for the development of postgraduate curricula leading to certification in palliative medicine. Beschikbaar via <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx>.
- Eysenbach, G. (2004). Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *Journal of medical Internet research*, 6(3), e34.
- European Palliative Care Association. Care Pathways. Retrieved from <http://e-p-a.org/care-pathways/>
- Ferrell, B., Mazanec, P., Malloy, P., & Virani, R. (2018). An innovative end-of-life nursing education consortium curriculum that prepares nursing students to provide primary palliative care. *Nurse Educator*, 43(5), 242-246.
- Gillan, P. C., van der Riet, P. J., & Jeong, S. (2014). End of life care education, past and present: a review of the literature. *Nurse Education Today*, 34(3), 331-342.
- Hoerger, M., Wayser, G. R., Schwing, G., Suzuki, A., & Perry, L. M. (2019). Impact of interdisciplinary outpatient specialty palliative care on survival and quality of life in adults with advanced cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of Behavioral Medicine*, 53(7), 674-685.
- Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" G. U. n. 65 del 19 marzo 2010. Disponibile online su <http://www.fondazioneilideiotti.it/docs/documento1435222.pdf> (Ultimo accesso il 01/08/20).
- Malone, L. D., Anderson, J., & Croxon, L. (2016). Are newly graduated nurses ready to deal with death and dying?-A literature review. *Nurs Palliat Care*, 1(4), 89-93.
- Martins Pereira, S., & Hernández-Marrero, P. (2016). Palliative care nursing education features more prominently in 2015 than 2005: Results from a nationwide survey and qualitative analysis of curricula. *Palliative medicine*, 30(9), 884-888.
- Mastroianni, C., Codina, M. R., D'Angelo, D., Petitti, T., Latina, R., Casale, G., . . . de Marinis, M. G. (2019). Palliative care education in undergraduate nursing curriculum in Italy. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(1), 96-103.
- Meredith, P. J. (2010). Has undergraduate education prepared occupational therapy students for possible practice in palliative care? *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(4), 224-232.
- MIUR. (2018). Decreto n. 2037 del 1 Agosto 2018 - Costituzione di Gruppo di lavoro per la definizione del profilo della docenza nell'insegnamento delle discipline delle Cure Palliative e Terapia del dolore. Retrieved from <http://www.fedcp.org/images/news/miur-1.08.18.pdf>
- MIUR. (2018). Programma per l'insegnamento/apprendimento delle cure palliative (cp) e della terapia del dolore (td) nei corsi di laurea in medicina e chirurgia, scienze infermieristiche, psicologia, servizio sociale. Retrieved from: <https://www.miur.gov.it/web/guest/lauree-e-lauree-magistrali>
- Ministero della salute (2018). Sezione O del CTS del Ministero della Salute (2018). Insegnamento delle cure palliative e della terapia del dolore – Relazione del Tavolo tecnico istituito presso la Sezione O del Tavolo tecnico sanitario. Retrieved from [https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/142\\_RelazionetavolotecnicoinsegnamentocurepalliativeDGPROF17052018.pdf](https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/142_RelazionetavolotecnicoinsegnamentocurepalliativeDGPROF17052018.pdf)
- Ministero della Salute (2010). Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010. Retrieved from [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_2814\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2814_allegato.pdf)
- Ministero della salute (2017). Tavolo Misto per l'individuazione dei criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici di cui all'articolo 8, comma 1 L.38/2010. Retrieved from [http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/sfida-terapia-del-dolore-e-cure-palliative/lettera%20di%20trasmissione\\_DGPROF\\_ok.pdf](http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/sfida-terapia-del-dolore-e-cure-palliative/lettera%20di%20trasmissione_DGPROF_ok.pdf)
- Moroni, M., Bolognesi, D., Muciarelli, P., Abernethy, A., & Biasco, G. (2011). Investment of palliative medicine in bridging the gap with academia: a call to action. *European Journal of Cancer*, 47(4), 491-495.
- Rietze, L. L., Tschanz, C. L., & Richardson, H. R. (2018). Evaluating an initiative to promote entry-level competence in palliative and end-of-life care for registered nurses in Canada. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(6), 568-574.
- Valles Martinez, P., & Garcia Salvador, I. (2013). Basic training in palliative care: Current status in Spanish nursing schools. *Medicina Paliativa*, 20(3), 111-114.
- Veqar, Z. (2016). Inclusion of palliative care in Indian undergraduate physiotherapy curriculum-course guidelines and content. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 3(3), 220.
- Youssef, H., Mansour, M., Al-Zahrani, S., Ayasreh, I., & Abd El-Karim, R. (2015). Prioritizing palliative care: Assess undergraduate nursing curriculum, knowledge and attitude among nurses caring end-of-life patients. *European Journal of Academic Essays*, 2(2), 90-101.
- World Health Organization (2014). Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 28(2), 130-134.
- World Health Organization (2019). Definition of Palliative Care. Retrieved from [www.who.int/cancer/palliative/definition/en](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en)

# Lavori del tavolo Tecnico FNOMCEO-CPCLMMC: una Survey sulla modalità di svolgimento dell'esame finale abilitante del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Linda Vignozzi<sup>a</sup>, Giuseppe Familiari<sup>b</sup>, Roberta Misasi<sup>b</sup>, Bruno Moncharmont<sup>c</sup>, Stefania Basili<sup>b</sup>, Roberto Monaco<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Università degli studi di Firenze, <sup>b</sup>Università degli studi di Roma "La Sapienza", <sup>c</sup>Università degli studi del Molise;

<sup>d</sup>Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCEO)

## Riassunto

Nell'articolo sono riportati e commentati i risultati della Survey formulata dal Tavolo Tecnico **FNOMCEO-CPCLMMC sulla modalità di svolgimento dell'esame finale abilitante del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia.**

Parole chiave: "laurea abilitante", TPVES, esame di stato.

## Abstract

*The article reports and comments the results of the Survey designed by the Joint Committee **FNOMCEO-CPCLMMC on the procedure of the Board licence examination which is a contextual achievement of the license and the academic title, the so-called "qualifying degree".***

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

## Introduzione

Il tavolo tecnico tra la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCEO) e la Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea Magistrale di Medicina e Chirurgia (CPCLMMC) si è riunito in data 3 dicembre 2020 ed ha condiviso la necessità di condurre un monitoraggio sulle modalità di svolgimento dell'esame finale abilitante del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, dopo l'entrata in vigore della nuova legge sulla laurea abilitante. La survey consisteva in una serie di domande concordate tra FNOMCEO e Direttivo della CPCLMMC ed è stata inviata sia ai presidenti dei Corsi di laurea, da parte della Presidenza della Conferenza, sia agli Ordini dei Medici da parte della Federazione che li riunisce (i risultati della Survey inviata agli Ordini è oggetto dell'articolo successivo).

Il presente articolo tratterà i risultati del sondaggio effettuato tra i presidenti dei corsi di laurea.

## Risultati

Hanno compilato il questionario la maggioranza dei corsi di laurea magistrale, con una copertura di circa il 78% del totale. Le domande vertevano essenzialmente sulle procedure della seduta di Laurea Abilitante e sul clima di lavoro tra i membri

della Commissione e il rappresentante dell'OMCeO, nonché sulla sua partecipazione attiva ai lavori della Commissione. La prima domanda, infatti, riguardava la verifica dell'attività di tirocinio del laureando e se questa venisse svolta insieme al rappresentante della OMCeO. Il 48% dei CdL ha risposto di averla effettuata insieme al rappresentante OMCeO prima della discussione della tesi, mentre la restante parte di circa il 50% dei corsi ha risposto di non effettuarla. Quindi i corsi di laurea sono sostanzialmente divisi, in maniera paritaria, su questo punto. La seconda domanda chiedeva invece se i rappresentanti OMCeO fossero stati invitati a partecipare alle sedute di Laurea: il 90% dei CdL ha risposto di invitarli sempre; in caso di risposta affermativa, veniva chiesto se il rappresentante avesse partecipato ad entrambe le fasi, cioè tanto alla verifica dei Tirocini prima della discussione di Laurea, quanto alla seduta vera e propria. La partecipazione ad entrambe le fasi è risultata tuttavia presente solo nel 40% dei casi, mentre in circa il 30% dei casi la partecipazione ad entrambe le fasi non è stata proposta.

Il terzo quesito riguardava la possibilità di firma del rappresentante OMCeO nel verbale della seduta di laurea, insieme alla Commissione, e in particolare si chiedeva se esistesse uno spazio apposito nel verbale per l'apposizione di tale firma: nel 46% dei casi è stato risposto di sì, per il 30% ancora il rappresentante non è stato coinvolto in questa procedura, per il 22% dei casi la risposta è stata "no, mai".

E' stato poi chiesto, se il rappresentante OMCeO firmasse il "verbale di congruità del percorso" in qualunque momento della seduta di Laurea, sia esso prima, durante o dopo l'esame di laurea: solo nel 19% dei casi la risposta è stata affermativa, mentre è risultata negativa nel 46% dei casi; vi è poi nuovamente un 30% di casi in cui si dichiara di NON coinvolgere ancora il rappresentante OMCeO nella procedura.

Un'ulteriore domanda ha riguardato il clima di lavoro durante la seduta di Laurea ed in particolare se il rappresentante OMCeO avesse dialogato con la

Commissione, e qui le risposte affermative sono state circa il 75% dei casi. Al contrario nel 15% di casi viene dichiarato che il rappresentante dell'OMCeO non ha mai interagito con gli altri Commissari durante le sedute di laurea. Parimenti si chiedeva poi se il rappresentante OMCeO avesse posto domande al candidato durante l'esposizione della tesi di laurea: circa il 60% ha risposto di no, il 34% ha risposto che ciò è avvenuto solo in alcune sedute, la restante minoranza ha affermato che ciò è avvenuto in tutte o nella maggioranza delle sessioni di Laurea. La domanda successiva ha poi esplorato se il rappresentante OMCEO avesse dato indicazioni riguardo alla formulazione del voto di laurea: la risposta è stata affermativa in circa l'87% dei casi.

Sempre riguardo all'interazione e il clima di lavoro, si è posto poi il quesito per capire se all'inizio della seduta di laurea il Presidente della Commissione avesse o no presentato il rappresentante OMCEO agli altri membri della Commissione e ai candidati. La risposta è stata affermativa in circa l'85% dei casi. Riguardo alla cerimonia di proclamazione è stato chiesto se il rappresentante sia stato invitato a prendere la parola oppure no: nel 48% dei casi la risposta è stata negativa, nel 17% dei casi ciò è avvenuto in una minoranza delle sedute, nel 34% dei casi è avvenuto sempre.

È emerso inoltre come l'Ordine provinciale avesse designato solo membri facenti parte del consiglio dell'Ordine o revisori dello stesso in circa il 50 dei casi, mentre in circa il 16% risulta essere stata designata una figura che non fosse né un consigliere né un revisore; nella restante percentuale dei casi non si aveva contezza di quale ruolo rivestisse la persona indicata all'interno dell'ordine.

Una successiva domanda era volta a sapere se l'OMCEO provinciale avesse designato anche membri delle Commissioni paritetiche esistenti: nel 51% dei casi è stato risposto di non essere a conoscenza di questa informazione, nel 19% la risposta è stata affermativa, nel 29% negativa. Dalla survey è emerso inoltre come nel caso in cui l'OMCeO provinciale non avesse designato medici facenti parte degli organi dell'Ordine, risultassero designate talvolta figure di medici ospedalieri del S.S.N. (28% dei casi), talvolta medici di medicina generale (157% dei casi), talvolta medici impegnati nello svolgimento del tirocinio (31%), e talvolta pensionati (17%)

Più raramente sono state designate figure di medici ospedalieri della sanità privata, oppure medici del servizio sanitario territoriale, o medici in continuità assistenziale, docenti universitari o infine liberi professionisti. Inoltre, in circa l'80% dei casi l'OMCEO provinciale ha indicato un nome specifico per ogni seduta

Infine, in circa il 73% dei corsi di laurea è stato rilasciato un diploma finale di laurea magistrale, con la specifica "abilitante alla professione di medico chirurgo (come nota MUR prot. 8610 del 25 marzo 2020 e prot. 9758 del 14 aprile 2020), mentre nel 7% dei casi è stato dichiarato di non rilasciare un diploma con tale dicitura e nel restante 20% il Presidente ha dichiarato di non essere in grado di rispondere a questa domanda.

## **Conclusioni**

Quindi, riassumendo, la survey condotta fra i corsi di laurea riguardo alle modalità delle sedute di laurea, dopo l'introduzione della nuova laurea abilitante, ha evidenziato come, nella maggioranza dei casi, ci sia stato un ottimo coinvolgimento del rappresentante OMCeO nelle sedute di laurea, un medio coinvolgimento nella verifica del tirocinio prima della seduta. Il membro OMCeO, inoltre, ha apposto la propria firma nei verbali di laurea (46% dei casi), e nel verbale di congruità del percorso (solo nel 19% dei casi) o in entrambi i documenti (solo nel 9% dei casi).

Anche per quanto riguarda il clima del lavoro, nell'87% si è evidenziato un clima improntato alla cordialità, nel 75% dei casi con un buon dialogo entro la Commissione di laurea e con una partecipazione attiva del membro OMCeO, che ha svolto un'opera di verifica del percorso di tirocinio nel 60% dei corsi di laurea, ha salutato i laureati nella proclamazione in circa il 50% dei casi ed ha interloquuto durante le sedute nel 43% dei casi. Nel 95% dei casi il rappresentante OMCeO non ha rilevato particolari criticità all'interno della procedura e nel 63% dei casi ha partecipato alla formulazione del voto di laurea.

Il componente designato è spesso un consigliere direttivo dell'Ordine (50%) o membro della Commissione paritetica (23%) e individuato in modo specifico nell'80% dei casi. Per quanto riguarda gli atenei – e la proposta di inserire una dicitura sulla

abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo nella certificazione del voto di laurea – essa è presente nel 73% dei casi.

In conclusione si sono rilevate alcune proposte di miglioramento, ossia la necessità di far partecipare più attivamente il rappresentante dell'Ordine alle sedute di laurea, con un suo maggiore coinvolgimento anche nell'organizzazione dei tirocini. Attualmente la procedura vede il rispetto dei decreti ministeriali pubblicati e non appare necessario un ulteriore verbale di congruità, che non farebbe che appesantire burocraticamente la procedura, senza alcun miglioramento pratico della stessa. Infine è

stato proposto di tenere una riunione preventiva alla sessione di laurea con membri dell'Ordine, per la valutazione del percorso del tirocinio abilitante.

Infine, la copertura dei corsi da parte della survey è molto buona e interessa in modo omogeneo tutto il territorio nazionale, vi sono miglie del processo solo nel 29% delle risposte, ma appaiono più di dettaglio procedurale che di carattere sostanziale sull'intero processo. Non vi è però, in ultima sintesi, un'uniformità nelle procedure, laddove ci dovrebbe essere un protocollo nazionale stabilito e condiviso con OMCeO.



# Il TPVES “a distanza”: situazione nei CLM in Medicina e Chirurgia italiani e riflessioni pedagogiche

Fabrizio Consorti<sup>1,3</sup>, Bruno Moncharmont<sup>2</sup>, Stefania Basili<sup>1</sup>, Giuseppe Familiari<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, <sup>2</sup>Università degli Studi del Molise, <sup>3</sup>Società Italiana di Pedagogia Medica - SIPeM

## Riassunto

Questo studio ha analizzato le modalità di erogazione, in presenza o a distanza, dei tirocini abilitanti alla professione di medico chirurgo (TPVES) e le metodologie didattiche maggiormente utilizzate nello svolgimento dei TPVES a distanza. I risultati ottenuti evidenziano un uso di entrambe le modalità sia in presenza che a distanza, mentre la didattica a distanza è stata erogata attraverso le metodologie maggiormente riportate nella letteratura internazionale e che garantiscono un buon livello di interattività, che è fondamentale per questo tipo di attività. Abbastanza utilizzate anche le attività di back office e di telemedicina. Sono infine proposte una selezione delle abilità cliniche insieme ad alcuni metodi di Didattica a Distanza (DaD) coerenti utilizzabili nel TPVES, organizzate in accordo ai livelli dei Descrittori di Dublino.

## Abstract

*This study analysed the modalities of delivery (presence and distance) of the traineeship to be qualified as a professional medical doctor (the Italian acronym is TPVES) and the most used pedagogies for distance learning. The results show that medical schools used of both in presence and at distance traineeship. Distance learning was delivered through the methodologies most often reported in the international literature (clinical cases, simulated patient) providing a good level of interactivity. Back office and telemedicine activities were also used. Finally, a selection of clinical skills is proposed together with some consistent methods that can be used for distance TPVES, organized according to the levels of the Dublin Descriptors.*

## Introduzione

La pandemia da Sars-CoV2 ha prodotto e sta ancora producendo drammatiche conseguenze sanitarie, sociali ed economiche in tutto il mondo. L'Italia è stata brutalmente colpita e nel momento in cui si stampa questo articolo piangiamo quasi 100.000 morti e circa 2 milioni e mezzo di casi. L'intero sistema educativo nazionale, dalla scuola primaria all'università, ha sofferto per le limitazioni al contatto sociale, dimostrandosi – come peraltro la gran parte dell'intero sistema sociale europeo – del tutto tecnologicamente e culturalmente impreparato ad affrontare situazioni di emergenza come questa.

I Corsi di Laurea in Medicina hanno dimostrato una notevole reattività di adattamento di fronte alle sfide che la pandemia ha posto (Consorti et al., 2021), trasformando rapidamente la didattica frontale in presenza in didattica a distanza ed ingegnandosi anche nell'offrire didattica di tipo professionalizzante con l'ausilio della tecnologia, quando per gli studenti la frequenza delle strutture assistenziali è risultata impossibile. Un caso speciale di didattica professionalizzante è costituito dal Tirocinio Pratico Valutativo per Esame di Stato (TPVES). Il non assolvere a questo obbligo di certificazione della preparazione dei nostri studenti ad affrontare la professione avrebbe costituito un vulnus gravissimo da parte dell'Università nei confronti dei nostri studenti, delle Istituzioni del paese e di tutta la società italiana, considerato l'immediato impiego che moltissimi neolaureati-abilitati hanno avuto sul fronte del controllo della pandemia (Almalaurea).

Oltre che costituire una sfida e un banco di prova organizzativo, le limitazioni sociali prescritte per il controllo della pandemia hanno anche costituito un'opportunità per sperimentare alcune soluzioni didattiche basate su tecnologia, di cui si parlava da parecchio, sia negli incontri della Conferenza che nelle pagine di questa rivista. Lo scopo di questo articolo è quindi duplice: dar conto dei modi con cui i CdL in Medicina italiani hanno risolto il problema della conduzione del TPVES, nel rispetto di standard minimi ma accettabili di qualità e proporre una riflessione su due argomenti paralleli. Il primo è quali metodi didattici si potrebbero mantenere nel futuro, ad integrazione della didattica a cui eravamo abituati prima della pandemia, il secondo è che organizzazione conservare, pronta in caso si dovesse ripresentare il problema, evenienza che molti – inclusi gli autori di questo articolo - ritengono debba essere tenuta nella massima considerazione (Naidoo e Fisher, 2020), altrimenti non avremo appreso nulla da questa tragedia.

## L'istituzione del TPVES e i Decreti che hanno autorizzato la conduzione a distanza

Il 1° giugno 2018 veniva pubblicato in Gazzetta ufficiale il DM 9 maggio 2018, no. 58 del MIUR, concernente il “Regolamento recante gli esami di

Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo". Questo decreto, pur non introducendo una vera e propria "laurea abilitante", introduceva alcune novità, tra cui 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 (15CFU) dei tirocini previsti dagli ordinamenti didattici (60CFU). Tutti i CLM istituivano il TPVES e veniva concordato, a livello nazionale con FNOMCeO, il nuovo libretto di valutazione delle competenze ai fini dell'esame di Stato per l'abilitazione alla professione di medico chirurgo (Familiari et al., 2018; Moncharmont et al., 2018).

Poco dopo l'esordio della pandemia, il decreto-legge 17 marzo 2020, no. 18, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale il 17 marzo 2020, aboliva la prova scritta dell'esame di stato recentemente riformato, dando il pieno valore abilitante alla laurea magistrale in medicina e chirurgia. Nel testo, al comma 1, si legge infatti: "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" (Moncharmont et al., 2020). Tutti gli Atenei adeguavano rapidamente i propri ordinamenti didattici alla nuova normativa (Familiari et al., 2020).

Ad emergenza ormai conclamata, il 30 marzo 2020, la Conferenza dei Rettori delle Università Italiane faceva propria una mozione congiunta delle Conferenze Permanenti dei Presidenti di CLM in Medicina e Chirurgia, delle Professioni Sanitarie e dei Presidenti/Presidi delle Facoltà/Scuole di Medicina e Chirurgia, 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, venivano avanzate proposte di svolgimento di queste attività anche in modalità a distanza, allo scopo di consentire a tutti gli interessati la conclusione del necessario tirocinio e la relativa abilitazione.

La Conferenza Permanente dei CLM in Medicina e Chirurgia stabiliva anche delle linee guida per lo svolgimento dei tirocini in modalità a distanza,

individuando una serie di attività che erano concordate nella seduta della Conferenza permanente del 18 Aprile 2020, condivise con la Conferenza dei Presidenti/Presidi delle Facoltà/Scuole di Medicina e Chirurgia e che sono state oggetto della survey discussa in questo studio.

Il successivo 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".

### **La survey: metodi e risultati**

Allo scopo di valutare le modalità di svolgimento sul territorio di queste attività didattiche molto importanti, la Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia ha distribuito un questionario sulle modalità di svolgimento del TPVES, i cui risultati sono stati discussi nella seduta del 19 Dicembre 2020. Al questionario hanno risposto 47 Corsi di Laurea Magistrale, distribuiti sull'intero territorio nazionale e pari all'89,4% dei Corsi attivi sul territorio stesso. Il questionario era riferito sia alle modalità di svolgimento (distanza/presenza), sia sulle modalità maggiormente utilizzate dai corsi per l'espletamento dei tirocini a distanza. Veniva chiesto di riferirsi alle attività di TPVES erogate nel trimestre ottobre/dicembre 2020. Veniva infine richiesto se vi fossero attivi dei protocolli operativi tra Università e Azienda Ospedaliero Universitaria o ASL di riferimento, per la gestione di tali attività durante la pandemia COVID-19.

I risultati ottenuti evidenziano, innanzi tutto, un impegno forte dei Corsi a condurre alla laurea gli studenti all'interno del tempo previsto nel curriculum formativo nazionale. Si evidenzia, inoltre, come le modalità maggiormente utilizzate per lo svolgimento di tali attività siano state quelle di tipo misto (blended), sia nelle tre aree (Medica, Chirurgica, Medico di Medicina Generale) frequentabili nel se-

sto anno di corso, sia nelle due aree (Medica e Chirurgica) frequentabili nel quinto anno di corso.

In particolare, per gli Studenti del sesto anno di corso, si è evidenziato come i tirocini abilitanti di area medica e chirurgica si siano svolti per il 61,7% delle sedi in modalità blended, esclusivamente in presenza per il 23,4% delle sedi e come solo il 14,9% delle sedi abbia fatto svolgere tirocini esclusivamente a distanza (Figura 1). Per quanto riguarda invece il Tirocinio abilitante svolto presso i Medici di Medicina Generale (MMG) si evidenzia come prevalgano le attività svolte esclusivamente in presenza (38,3%), rispetto a quelle svolte in modalità mista (36,2%) ed a quelle erogate esclusivamente a distanza (25,5%) (Figura 2). Limitatamente ai corsi che avevano dichiarato di far svolgere i TPVES in modalità blended, la percentuale di attività a distanza dichiarata (sia per le attività in reparto di area medica e chirurgica, sia per le attività con il MMG) era pari al 43,3% delle attività svolte (SD=17,4%; minimo 5% - Massimo 80%; mediana 50%; 95%Cl della media da 36,7 a 49,9).

Risultati molto simili si evidenziano per i tirocini delle due aree medica e chirurgica (le uniche frequentabili) da parte degli studenti del quinto anno di corso. Anche per loro prevale la modalità di erogazione mista per i tirocini professionalizzanti (48,9%), anche se in misura inferiore rispetto a quella programmata per gli studenti del sesto anno di corso; un numero simile di sedi è riuscita a far svolgere attività esclusivamente in presenza (23,4%), mentre un numero lievemente superiore di Corsi di Laurea Magistrale ha programmato attività di tirocinio esclusivamente a distanza (27,7%) (Figura 3). Per quanto riguarda i corsi che avevano indicato la modalità di erogazione mista nelle due aree medica e chirurgica, la quota di TPVES a distanza era pari al 43,6% delle attività svolte (SD=18,3%; minimo 10% - Massimo 80%; mediana 50%; 95%Cl della media da 34,5 a 52,7).

L'analisi dei dati ottenuti non mostrava pertanto differenze significative nell'erogazione dei TPVES tra gli studenti del quinto e del sesto anno di corso, se non in un trend positivo per le attività in presenza, rispetto a quelle erogate a distanza.

L'indagine conoscitiva ha riguardato anche le modalità prevalentemente utilizzate dai Corsi di Laurea Magistrale, per lo svolgimento dei tirocini a distanza. Si evince come tutte le modalità allora consigliate dalle due Conferenze siano state utiliz-

zate, con indici di prevalenza diversi, come di seguito descritto:

- L'uso del paziente simulato/paziente virtuale in remoto (36,2%);
- Uso di simulatori a media/alta tecnologia in ambienti protetti (14,9%);
- Acquisizione/valutazione di skills in assenza di assistito (36,2%);
- Attività di compilazione e revisione di cartelle cliniche simulate (61,7%);
- Piani terapeutici - Programmi riabilitativi - applicazione dei nuovi protocolli a casi simulati (34%);
- Attività di back office in ambienti protetti (19,1%);
- Attività in video-conferenza con il Tutor (google meet o similari) su casi clinici reali (68,1%);
- Attività in video-conferenza con il Tutor (google meet o similari) su casi clinici simulati (55,3%);
- Attività con uso di piattaforme (body interact, Insimu, SIMMED e altri) su casi clinici simulati (36,2%);
- Triage telefonico, attività di sorveglianza a distanza nell'ambito della telemedicina, attività di aggiornamento scientifico contestualizzato alla risoluzione di casi clinici complessi (25,5%);
- Scrittura di lettere di dimissione e compilazione del rapporto di accettazione/dimissione su casi simulati (25,5%);
- Valutazione dell'appropriatezza del ricovero o scelta di percorsi assistenziali alternativi su casi simulati (36,2%).

Come risulta evidente, le modalità più utilizzate sono quelle maggiormente riportate nella letteratura internazionale e che garantiscono un buon livello di interattività, che è fondamentale per questo tipo di attività. Abbastanza utilizzate anche le attività di back office e di telemedicina, utilizzate in diverse sedi per quelle attività di "contact tracing" dei pazienti positivi al Sars-Cov-2. Queste ultime attività potrebbero sicuramente essere potenziate, in presenza di protocolli operativi specifici tra Università e Sistema Sanitario Nazionale, a tutto beneficio del controllo della pandemia COVID-19 attualmente in corso.

Naturalmente la Conferenza è impegnata, in tempo reale, ad approfondire metodologie didattiche che possano rendere maggiormente efficaci queste attività erogate a distanza, soprattutto nei setting delle skills pratiche, delle abilità comunica-

tive ed anche per quanto riguarda il benessere e la socializzazione degli stessi studenti.

Un ulteriore punto del questionario conoscitivo riguardava un punto organizzativo importante, quello dell'esistenza di protocolli operativi stipulati per la gestione della pandemia e le attività formative degli Studenti di Medicina e Chirurgia. Emerge come tali protocolli operativi siano attivi solo per il 59,6% delle sedi. Percentuale che deve essere migliorata, nell'interesse diretto dei nostri Studenti.

### **Riflessioni pedagogiche ed organizzative**

I dati raccolti con la survey indicano che la maggioranza dei CLM che hanno risposto (89,4%) ha usato la didattica a distanza (DaD) per integrare o sostituire del tutto le attività di tirocinio nello scorso anno accademico e che il 76,6% prevede di comportarsi nello stesso modo anche per l'anno accademico corrente. Superata la fase dello shock iniziale, a inizio pandemia, quando è stato necessario attivare risorse e inventiva per condurre in porto al meglio l'anno accademico, si impone ora una riflessione pedagogicamente fondata affinché la didattica professionalizzante che si eroga sia la migliore possibile. Non si tratta di stabilire una impossibile equivalenza con la didattica in presenza, ma di comprendere quali caratteristiche della didattica a distanza possono efficacemente essere utilizzate per raggiungere gli obiettivi formativi stabiliti per il TPVES, in accordo con la FNOMCeO ed elencati nel modello di libretto di tirocinio.

A tal fine, nella Tabella 1 proponiamo una selezione delle abilità cliniche da valutare nel TPVES, organizzati in accordo ai livelli dei Descrittori di Dublino, escluso il primo (conoscenze teoriche), chiaramente non pertinente al tirocinio. Per ogni abilità, si suggeriscono alcuni metodi di DaD coerenti utilizzabili.

Dal punto di vista pedagogico, il fondamento delle attività professionalizzanti non cambia, che esse siano in presenza o a distanza: il discente va attivato affinché possa raggiungere un consapevole apprendimento esperienziale. L'esperienza non è solo fare cose o vivere situazioni, ma ritornare con la riflessione su di esse, per sistematizzarle in accordo ad una teoria. L'attività di tirocinio pratico deve quindi sempre prevedere un momento iniziale (il briefing), in cui vengono stabilite le regole di condotta e i mandati di lavoro ed essere conclusa da feedback costruttivo. L'apprendimento matura e si

fissa proprio nel feedback, che deve essere ravvicinato nel tempo all'attività, indirizzato all'attività e solo ad essa in modo puntuale, teso a valorizzando comportamenti e scelte corrette e concordando col discente il percorso per migliorare ciò che non è stato ottimale.

La survey ha disvelato una grande varietà di attività didattiche online, nelle due modalità asincrona (attività svolte dal discente da solo, secondo i suoi tempi) e sincrona (attività che prevede la contemporanea presenza in ambiente virtuale di discente e tutor clinico). In accordo a quanto abbiamo detto poco sopra, le due modalità vanno integrate, usando il collegamento sincrono per consentire l'esecuzione di briefing e feedback, mentre possono essere effettuate in asincrono le attività come lo svolgimento di casi clinici simulati, gli esercizi di interpretazione di esami o di situazioni organizzative o etiche problematiche, la stesura di piani terapeutici, la compilazione di lettere di dimissione o rapporti di accettazione-dimissione e la ricerca autonoma di fonti di prove di efficacia. Entro certi limiti, il feedback può anche essere fornito in modalità asincrona, ma c'è il rischio che questo momento didattico fondamentale si riduca alla restituzione dei compiti con correzione. Si deve quindi garantire comunque agli studenti la possibilità di discutere online col tutor le attività svolte. L'incontro sincrono è anche il momento opportuno per il tutor di condividere la narrazione delle sue "storie" di pratica clinica. Questi racconti sono una componente fondamentale nel processo di maturazione di un ruolo professionale (Radha Krishna et al., 2019) e – di solito – intervengono in modo informale durante le attività di tirocinio in presenza. I racconti consentono di affrontare in maniera esperienziale e non dogmatica anche temi sensibili, come l'origine etnica e il genere (Corbet, 2020; Hsiao, 2020; Wandel, 2019). Nella didattica a distanza, il momento finale del feedback è il contenitore ideale per raccontare una storia, che abbia un collegamento con uno degli esercizi dagli studenti. Molto importante, dal punto di vista formativo, anche l'utilizzo della telemedicina, utile a migliorare la formazione dell'identità professionale negli Studenti (Muntz et al., 2021), il cui uso andrebbe potenziato in questo momento di emergenza.

Rimangono appannaggio esclusivo delle attività in presenza l'apprendimento e la valutazione certificativa per gli scopi del TPVES delle abilità manuali e tecniche (esame obiettivo, esecuzione di

ECG, prelievi, cateterizzazione, ...), dell'abilità di relazione con i pazienti e con gli altri professionisti sanitari, del modo di porsi nell'ambiente di cura, reparto, servizio o studio di medicina generale che sia. È un vulnus che le norme di contenimento della pandemia hanno inflitto alla formazione in questo periodo di tempo: lo dobbiamo accettare come uno stato di fatto e contare sull'elasticità mentale dei giovani neo-laureati, perché sappiano compensare nel prosieguo della loro formazione post-laurea ciò che non hanno avuto modo di sperimentare in questi mesi.

Tuttavia, alcune delle abilità, soprattutto quelle relative alla capacità di usare la conoscenza teorica per prendere decisioni e interpretare informazioni, possono validamente essere apprese e valutate in ambienti artificiali come quelli della simulazione di casi o di esercizi di interpretazione clinica o decision-making terapeutico. Esiste molta letteratura che dimostra la non inferiorità, se non addirittura la superiorità, dell'apprendimento supportato da tecnologia per le abilità cliniche (Cook, 2011; Consorti, 2012). Questo risultato non è sorprendente, specie per studenti che si affacciano agli anni clinici: è sicuramente più facile e favorevole all'apprendimento il potersi concentrare con i propri tempi sul problema da risolvere, senza l'ulteriore carico cognitivo ed emotivo che deriva da un contesto reale, magari in presenza dei pazienti e col tutor che incalza di domande, magari in omaggio ad una purtroppo perdurante "pedagogia dell'umiliazione", accreditata immeritabilmente di prodigiosi effetti educativi. Ci sarà tempo nel post-laurea per perfezionare la capacità di riconoscere e ragionare rapidamente nel mondo reale.

Un'ultima considerazione merita la necessità di mettere a punto tutto il sistema di risorse e organizzazione che possa consentire ai nostri Corsi di Laurea di fronteggiare ulteriori crisi come questa. Innanzi tutto, per quanto abbiamo detto sopra, non c'è motivo di non progettare con cura e mettere a regime ordinario l'integrazione di attività online blended, con didattica asincrona e momenti di incontro in presenza, a piccolo gruppo, dopo che gli studenti abbiano svolto i mandati di lavoro. Una efficace e realistica integrazione prevede che il tempo necessario per l'effettuazione delle attività online asincrone sia adeguatamente computato all'interno dei crediti dei corsi integrati interessati.

Un secondo tema è l'aumento dell'attenzione da

dedicare ai temi della salute pubblica nel territorio, per quanto riguarda la prevenzione, il contenimento, il tracciamento, i sistemi di indicatori e tutti gli argomenti dolorosamente portati alla ribalta in questi mesi. Quando la situazione si sarà stabilizzata e i dati epidemiologici e sociali consolidati, ci sembra indispensabile proporre agli studenti uno studio critico degli eventi, condotto con metodi che attivino una riflessione negli studenti stessi. Potrebbe essere opportuno che l'abilità di vestizione e svestizione dei dispositivi di protezione individuale sia inclusa nell'elenco delle skill per i laboratori di simulazione.

Infine, la pandemia potrebbe essere un'occasione per precisare ancora meglio lo status, i diritti e i doveri degli studenti all'interno delle Aziende ospedaliere e sanitarie territoriali. La survey dimostra come il 40,4% del CLM rispondenti non abbia un protocollo di intesa con l'Azienda ospitante per l'effettuazione dei TPVES. Trasformiamo questa tragedia nell'opportunità di ribadire che il ruolo dell'Università è l'insegnamento e che un'Azienda che accetta reparti universitari al suo interno deve considerare la formazione come un prodotto aziendale, con pari dignità e importanza delle prestazioni di cura.

## **Bibliografia**

Almalaurea - <https://www.almalaurea.it/covid-19>

Consorti F, Kanter SL, Basili S, Ho MJ. SWOT analysis of Italian medical curricular adaptations to the COVID-19 pandemic: A nationwide survey of medical school leaders. *Med Teach*, 2021. In press. DOI: 10.1080/0142159X.2021.1877266

Consorti F, Mancuso R, Nocioni M., Piccolo A. Efficacy of virtual patients in medical education: A meta-analysis of randomized studies *Computers & Education*. 59(3):1001-1008, 2012.

Cook DA, Hatala R, Brydges R, Zendejas B, Szostek JH, Wang AT, Erwin PJ, Hamstra SJ. Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*.;306(9):978-988, 2011.

Corbett K. The duty to mentor, be visible and represent. *Nature Med*. 26:1670, 2020.

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.

Familiari G, Moncharmont B, Vignozzi L, Della Rocca C, Lenzi A, Basili S. La modifica dell'ordinamento didattico della classe di laurea magistrale LM-41: non solo adempimenti

burocratici, ma anche innovazione. *Med Chir* 85: 3752-3758, 2020.

Hsiao V. The Gift of Receiving. *Acad Med.* 95:254, 2020.

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.

Moncharmont B, Familiari G, Vignozzi L, Della Rocca C, Lenzi A, Basili S. Dal nuovo esame di stato alla laurea abilitante. *Med Chir* 85: 3747-3751, 2020.

Muntz MD, Franco J, Ferguson CC, MD, Ark TK, Kalet A.

Telehealth and Medical Student Education in the Time of COVID-19—and Beyond. *Acad Med*, 2021, preprint. 10.1097/ACM.0000000000004014

Naidoo R, Fisher B. Reset Sustainable Development Goals for a pandemic world. *Nature.* 580(7815):198-201, 2020.

Radha Krishna LK, Renganathan Y, Tay KT, et al. Educational roles as a continuum of mentoring's role in medicine - a systematic review and thematic analysis of educational studies from 2000 to 2018. *BMC Med Educ.* 19:439, 2019.

Wandel A. My Story as a Female Surgeon. *Narrat Inq Bioeth.* 9:199-201, 2019.

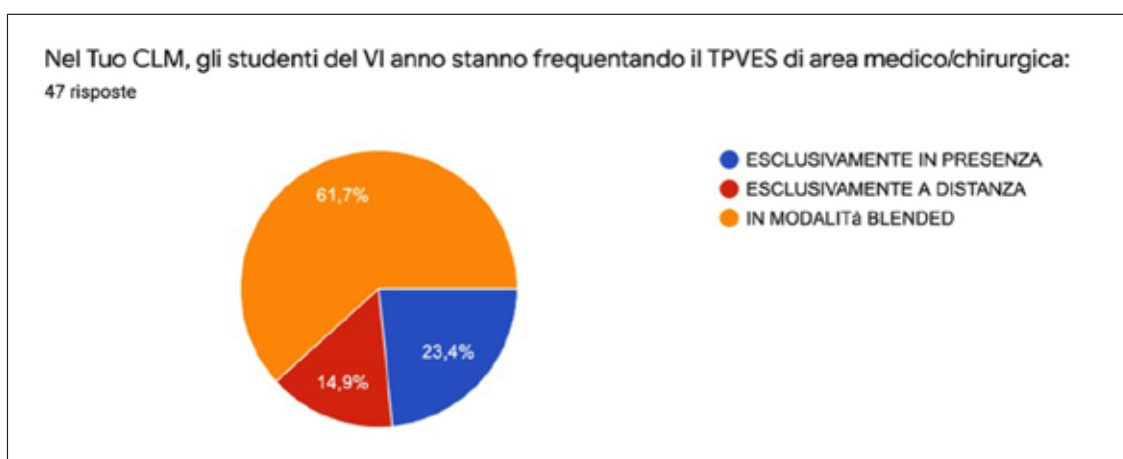


Figura 1. Gli Studenti del sesto anno di corso e il TPVES in area Medica e Chirurgica

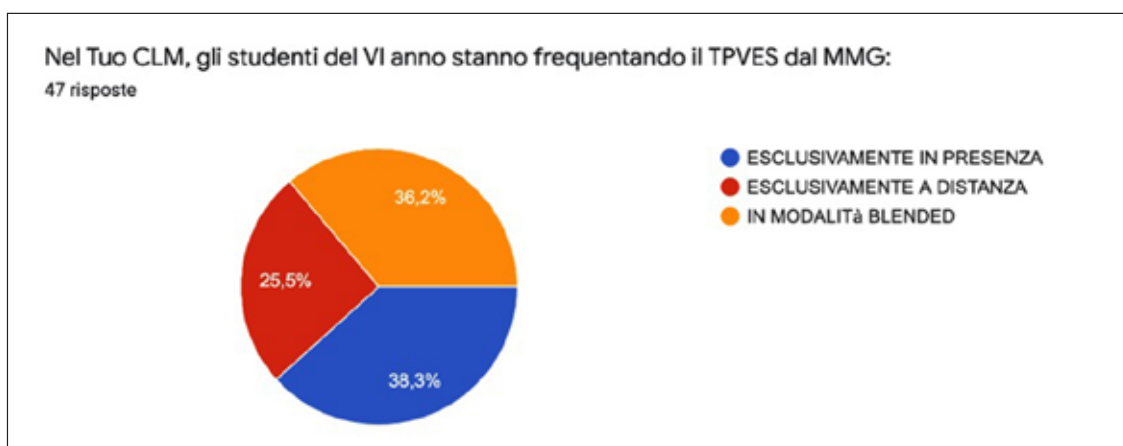


Figura 2. Gli Studenti del sesto anno di corso e il TPVES dal Medico di Medicina Generale

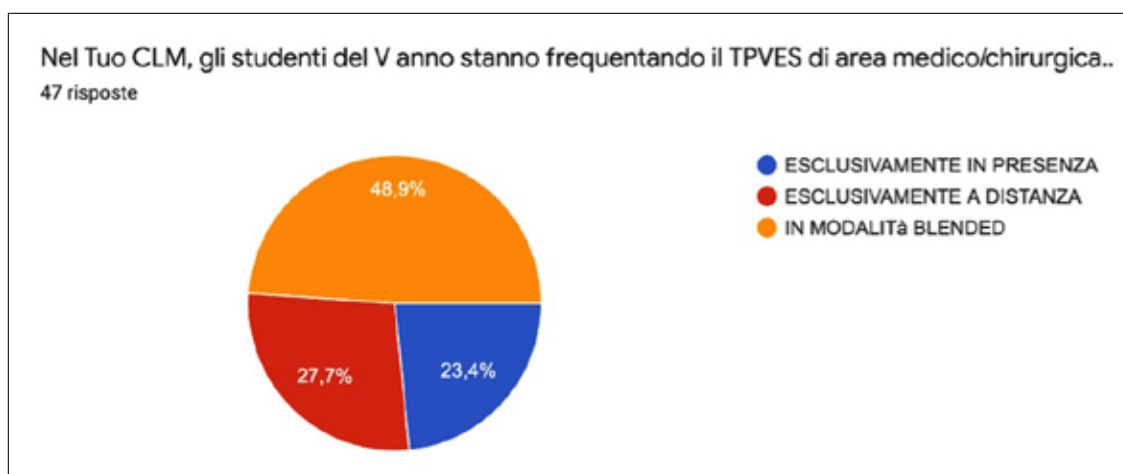


Figura 3. Gli Studenti del quinto anno di corso e il TPVES in area Medica e Chirurgica

| DESCRITTORI DI DUBLINO                          | ESEMPI DI OBIETTIVI   | METODI DI DaD PRATICA   |
|---|---|---|
| Conoscenza e capacità di comprensione applicate | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conosce e sa applicare il <b>ragionamento clinico</b> [...]</li> <li>- È in grado di <b>interpretare</b> [esami di laboratorio, referti, ...]</li> <li>- Si orienta sui <b>processi decisionali</b> relativi alla terapia farmacologica</li> <li>- Dimostra conoscenza e consapevolezza circa l'organizzazione del <b>SSN e del SSR</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Case-based learning</li> <li>- Esercizi clinici di interpretazione</li> </ul>            |
| Autonomia di giudizio                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- È in grado di compilare il <b>rapporto di accettazione/dimissione</b> del ricovero e in grado di compilare la lettera di dimissione</li> <li>- È in grado di <b>valutare</b> l'appropriatezza dell'indicazione al ricovero</li> </ul>  | Interpretazione di situazioni (testi, video): <ul style="list-style-type: none"> <li>- etiche</li> <li>- organizzative</li> </ul> |
| Abilità comunicative                            | Ha la capacità di <b>raccogliere anamnesi</b>   | Esercizi di comunicazione a distanza  |
| Capacità di apprendere                          | Dimostra un <b>atteggiamento attivo</b> (fa domande, si propone per svolgere attività)  | Ricerca autonoma (di informazioni, linee guida, prove di efficacia in letteratura scientifica, ...)                               |

TABELLA 1. Ipotesi di didattica a distanza in correlazione ai Descrittori di Dublino

# Survey Nazionale Vaccinazione studenti Per SARS-Cov-2 e Frequenza ai Tirocini abilitanti alla Professione di Medico Chirurgo in Presenza: situazione al 15 Aprile 2021

Giuseppe Familiari<sup>1</sup>, Bruno Moncharmont<sup>2</sup>, Linda Vignozzi<sup>3</sup>, Amos Casti<sup>4</sup>, Stefania Basili<sup>1</sup>, Andrea Lenzi<sup>1</sup> e

<sup>1</sup>Sapienza Università di Roma, <sup>2</sup>Università del Molise, <sup>3</sup>Università di Firenze, <sup>4</sup>Università di Parma

## Abstract

*This article presents the results of a survey conducted on 55 Italian courses in Medicine and Surgery, to assess the level of vaccination for sars-cov-2 in Italian medical students during the second semester of the academic year 2020/21, as of April 15, 2021. Were also investigated: the status of attendance at professional internships in relation to the administration of the vaccine, the active surveillance methods used among students attending in presence, and the percentage of students who refused vaccination. At that date, 54.7% of the student population had been vaccinated; 54.5% of the students did not attend the internships; furthermore 54.5% of those attending in presence was subjected to active surveillance, using very different protocols nationwide. The percentage of students who refused vaccination was low (1.75%). The results of this survey are discussed in relation to other international experiences and focus critical points of discussion for the Permanent Conference of the Master's Degree Courses in Medicine and Surgery in order to find solutions in accordance with government indications.*

## Riassunto

In questo articolo sono presentati i risultati di una survey condotta su 55 sedi di corso di Laurea Magistrale in medicina e Chirurgia, svolta allo scopo di valutare il livello di vaccinazione per sars-cov-2 negli studenti italiani di medicina e chirurgia, nel corso del secondo semestre didattico dell'anno accademico 2020-2021, alla data del 15 aprile 2021. Veniva anche indagato lo stato delle frequenze in presenza ai tirocini professionalizzanti, in relazione alla somministrazione del vaccino, le metodiche di sorveglianza attiva utilizzate negli studenti frequentanti in presenza e la percentuale di studenti che rifiutavano la vaccinazione. A tale data era vaccinato il 54,7% della popolazione studentesca; non frequentavano i tirocini in presenza il 54,5% degli studenti. Il 54,5% dei frequentanti in presenza era sottoposto a sorveglianza attiva, con metodi molto eterogenei sul territorio. Bassa la percentuale degli studenti che rifiutavano la vaccinazione, pari all'1,75%. I risultati sono discussi alla luce delle evidenze internazionali e mettono in evidenza dei punti di criticità su cui la Conferenza permanente dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia dovrà discutere e risolvere, in accordo con le indicazioni governative.

## Introduzione

La vaccinazione degli studenti di Medicina e Chirurgia, al pari di quelli delle altre Professioni Sanitarie, ha rappresentato una priorità nei piani vaccinali nazionali e regionali. La vaccinazione degli studenti ha infatti avuto inizio precocemente, alla fine del mese di Dicembre 2020, come previsto dal Piano Strategico di vaccinazione del 12 dicembre 2020 (GU serie generale n. 72 del 24-3-2021, pagg 24-37), là dove gli "operatori sanitari e sociosanitari" rientravano nelle categorie ricomprese della fase 1 del piano strategico (insieme con le persone estremamente fragili e gli ultraottantenni). Lo stesso livello di priorità veniva mantenuto anche dalle raccomandazioni ad interim sui gruppi target del 10 marzo 2021 (GU serie generale n. 72 del 24-3-2021, pagg 38-50) e dall'ordinanza n. 6/2021 del Commissario Straordinario Gen. Figliuolo del 9 aprile 2021, là dove è scritto: "... è completata la vaccinazione di tutto il personale sanitario e sociosanitario, in prima linea nella diagnosi, nel trattamento e nella cura del COVID-19 e di tutti coloro che operano in presenza presso strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private".

Non vi erano dubbi sul fatto che anche gli studenti dovessero essere inseriti all'interno della categoria "operatori sanitari e sociosanitari", in quanto assimilati ai lavoratori, come previsto dall'articolo 2 del D.Lgs n. 81 del 2008, lettera a), comma 1.

Come però accaduto a livello internazionale, nel periodo iniziale della vaccinazione, fortemente in relazione alla carenza nelle consegne degli stessi vaccini che si è avuta nei mesi di gennaio e febbraio, si evidenziava una somministrazione discontinua dei vaccini anti sars-cov-2 nei confronti degli studenti, rispetto al personale medico e paramedico in servizio. In un articolo pubblicato su "The New York Times" il 14 gennaio 2021, si legge: "across states and schools, medical students' access to the coronavirus vaccine has varied widely, creating some confusion and stress" (Goldberg, 2021).

Allo scopo di valutare l'andamento del processo di vaccinazione in Italia, degli studenti di medicina e chirurgia, la Conferenza permanente dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (CPPCLM&MC) organizzava una survey nazionale

allo scopo di valutare lo stato del processo generale di vaccinazione, le resistenze degli studenti nei confronti della vaccinazione e la ricaduta di tale processo sulla frequenza in presenza ai tirocini professionalizzanti abilitanti alla professione di medico chirurgo. Lo scopo della survey era anche quello di verificare l'applicazione della mozione del 28 febbraio 2021 della Conferenza Permanente dei Presidi/Presidenti delle Scuole di Medicina Italiane, condivisa anche con la CPCLM&MC, in cui si chiedeva che fossero assunte tutte le azioni necessarie affinché in tutte le Regioni fosse completata la vaccinazione di tutto il personale sanitario in formazione mettendo in assoluta priorità tale categoria dopo quella degli operatori sanitari.

## **Metodo**

La CPPCLM&MC lanciava una survey nel mese di marzo 2021 (secondo semestre dell'anno accademico 2020-2021), indirizzata ai Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia italiani, utilizzando l'applicativo Google moduli. Nella survey vi erano contenute dieci domande riguardanti l'andamento della vaccinazione, le priorità individuate all'interno delle coorti di studenti iscritti dal primo al sesto anno di corso, l'incidenza della vaccinazione sulla frequenza in presenza dei tirocini e le modalità di sorveglianza attiva per gli studenti non vaccinati, la resistenza degli studenti alla vaccinazione e gli eventuali provvedimenti assunti.

Rispondevano al questionario 55 Presidenti, corrispondenti al 73,3% dei corsi di laurea attivi sul territorio. In particolare, rispondevano al questionario i Presidenti delle sedi di: Bari, Bari corso lingua inglese, Bologna, Bologna corso lingua inglese, Brescia, Catania, Catanzaro, Chieti-Pescara, Ferrara, Firenze, Foggia, Genova, Insubria Varese, Messina, Messina corso lingua inglese, Milano Polo Centrale, Milano Vialba, Milano San Paolo, Milano corso lingua inglese, Milano Bicocca-Monza, Milano Humanitas MEDTEC School, Milano Humanitas corso lingua inglese, Milano San Raffaele, Milano San Raffaele corso in inglese, Modena e Reggio Emilia, Molise Campobasso, Napoli Federico II corso lingua inglese, Napoli II Ateneo L. Vanvitelli polo Caserta, Napoli II Ateneo L. Vanvitelli corso inglese, Padova, Palermo-Caltanissetta, Parma, Pavia corso Harvey in inglese, Perugia, Piemonte Orientale Novara Vercelli, Pisa, Politecnica delle Marche Ancona, Roma Sapienza corso A, Roma Sapienza corso C,

Roma Sapienza corso D, Roma Sapienza corso E Latina, Roma Sapienza corso High Technology, Roma Sapienza Sant'Andrea, Roma Tor Vergata, Roma Tor Vergata corso lingua inglese, Roma Campus Biomedico, Roma Cattolica del Sacro Cuore, Salerno Baronissi, Siena, Torino Orbassano, Torino Orbassano corso lingua inglese, Trento, Trieste, Udine, Verona.

Le risposte sono state raccolte fino al giorno 15 aprile 2021 ed analizzate e discusse nel corso della 142a riunione della CPPCLM&MC che si è tenuta il giorno 17 Aprile 2021 in modalità telematica con l'uso di Google-meet. L'analisi dei dati è stata svolta utilizzando il metodo descrittivo. I dati raccolti sono stati presentati in forma accorpata senza mettere in evidenza differenze per singole sedi o Regioni italiane.

## **Risultati**

### ***La pianificazione delle vaccinazioni degli studenti e le priorità fra le diverse coorti***

Alla richiesta di conoscere se gli studenti fossero stati espressamente previsti nel piano vaccinale regionale solo il 54,5% delle sedi rispondeva affermativamente, mentre il 25,5% rispondeva negativamente e il 20% dichiarava di non conoscere il dato. All'interno del personale sanitario e sociosanitario gli studenti erano comunque ricompresi con priorità elevata, in contemporanea o subito dopo il personale sociosanitario di ruolo.

In riferimento all'esistenza di direttive Regionali che ponevano un limite al numero degli studenti da vaccinare, il 58,2% delle sedi rispondeva negativamente, il 20% ignorava il dato, il 21,8% rispondeva invece in modo affermativo, specificando una indicazione a privilegiare gli studenti iscritti al quinto e sesto anno di corso.

Un forte variabilità si registrava in riferimento alla percentuale degli studenti vaccinati, in riferimento al loro anno di corso. Poche sedi dichiaravano di aver vaccinato gli studenti iscritti a tutti gli anni di corso, mentre emergeva un forte prevalenza di sedi in cui gli studenti erano stati vaccinati privilegiando quelli degli ultimi anni, gli iscritti al sesto anno in quantità maggiore e, a decrescere, gli studenti degli anni precedenti (Figura 1). Alla data del 16 aprile risultavano vaccinati il 57,4% degli studenti (IC 95% della media: da 48,1% a 66,7%), con una deviazione standard molto alta ( $\pm 33,1\%$ ) e con un minimo/massimo (0-100) che comprendeva corsi di laurea in cui

non era ancora stato vaccinato nessuno studente e corsi di laurea in cui era stata proposta la vaccinazione alla totalità degli studenti iscritti (Figura 2).

In una larga parte dei corsi di laurea (81,8%), l'elenco delle priorità veniva elaborato privilegiando le esigenze di doversi laureare e di dover svolgere in presenza i tirocini abilitanti alla professione di medico chirurgo del V e VI anno di corso ed i tirocini curriculari previsti nel IV anno di corso, mentre un numero inferiore considerava la esigenza di dover svolgere anche tirocini curriculari degli anni precedenti (65,4%). La scala delle priorità sulle coorti degli studenti da vaccinare era stabilita dall'Azienda sanitaria in accordo con il Corso di Laurea nel 52,7% delle sedi, mentre nel 27,3% era stabilito in autonomia dal Corso di Laurea e nel 9,1% in autonomia dall'Azienda Sanitaria di riferimento.

#### ***La frequenza ai tirocini e le modalità di sorveglianza attiva negli studenti non vaccinati***

Il 54,5% degli studenti non vaccinati non risultava frequentare il tirocinio, il 20% stava frequentando solo i tirocini abilitanti alla professione di medico chirurgo e il 25,5% frequentava in presenza sia tirocini abilitanti alla professione di medico chirurgo che quelli curriculari (Figura 3). Per gli studenti non vaccinati venivano messe in atto pratiche di sorveglianza attiva solo nel 54,5% delle sedi, mentre il 45,5% di queste dichiarava di non avere pratiche di sorveglianza attiva in corso (Figura 4). Deve essere precisato che a questo specifico quesito rispondevano 44 sedi, pari all'80% degli intervistati. Solo 29 sedi (52,7%) fornivano indicazioni sulle modalità di sorveglianza attiva utilizzate. Erano indicate numerose modalità, anche se sembra prevalere l'uso del tampone molecolare ogni 7 giorni (17,2%), ogni 14 giorni (17,2%) o ogni mese (20,7%) (Figura 5).

#### ***Gli studenti che hanno rifiutato la vaccinazione***

Indicazioni utili venivano fornite da 41 sedi, pari al 74,5% di quelle intervistate. La percentuale media degli studenti che rifiutavano la vaccinazione risultava essere molto bassa, pari al 1,75%. In relazione al minimo dichiarato, pari allo 0% ed al massimo pari al 20% vi era una deviazione standard alta ( $\pm 4,0\%$ ), ma una mediana pari allo 0% (Figura 6). Per quanto riguarda eventuali provvedimenti presi nei confronti degli studenti che avevano rifiutato la vaccinazione, non ne venivano riferiti di nessun

tipo, alla data del sondaggio, per la quasi totalità degli intervistati. Solo tre sedi (5,5%) dichiaravano di aver imposto limitazioni alla frequenza del tirocinio in presenza. Le stesse sedi dichiaravano di aver comunque messo in atto una campagna di sensibilizzazione, nei confronti di tali studenti. Una sede riferiva le indicazioni del Garante di Ateneo sul divieto a chiedere ad ogni studente se si fosse sottoposto a vaccinazione.

### **Discussione**

#### ***La disomogeneità della vaccinazione degli studenti sul territorio e le priorità fra le diverse coorti di studenti***

Deve essere evidenziato come i dati ottenuti derivino da un campione non completo, ma ben distribuito sul territorio (73,3% delle sedi attive) e abbastanza rappresentativo della situazione che si aveva al 15 aprile 2021, periodo che corrisponde generalmente al punto centrale delle attività didattiche del secondo semestre. Si evidenzia come, in osservanza a quanto previsto dalle normative nazionali, i piani Regionali abbiano chiaramente previsto la vaccinazione degli studenti come prioritaria, insieme al personale sanitario, anche se alcune Regioni (21,8%) hanno emesso direttive che hanno limitato il numero di studenti da vaccinare. Nel complesso si evidenzia, in quel periodo, una media della copertura vaccinale degli studenti, pari al 57,4%, anche se vi erano ancora grandi differenze sul territorio, con un minimo pari allo 0% e un massimo pari al 100% di studenti vaccinati nella singola sede.

Questa difformità di somministrazione sul territorio riflette quanto accaduto a livello internazionale. Vi sono evidenze in tal senso, ad esempio, per gli Stati Uniti, dove in un articolo pubblicato il 9 marzo 2021, si legge: "*a patchwork of policies from state to state has led to confusion and sometimes resentment*" (Lynn-Green e Iwai, 2021). In questo articolo viene chiaramente indicato il disagio provato dagli studenti, di fronte all'evidenza di una palese disparità di trattamento: "*Some students have expressed distress with how their school appears to undervalue them, despite known or equal risks compared to other medical school students*" (Lynn-Green e Iwai, 2021).

Anche gli studenti inglesi, come si evince da un articolo pubblicato nel mese di gennaio 2021, evidenziavano la disorganizzazione della campagna vaccinale nel loro paese: "*many UK medical stu-*

*dents reported they had not been offered vaccination against covid-19. This was in spite of guidance from the UK governments advisory committee ... which states that students in clinical years should be prioritised as health and social care staff ... This disparity, and delays in the distribution of vaccines, has led students to call for a more organized, robust vaccine rollout ... and many students find themselves lost in a grey area ... missing their vaccine invitation*" (Nabavi, 2021).

Appariva invece omogenea, sul territorio, la decisione sulla scala delle priorità degli studenti da vaccinare, legata soprattutto allo svolgimento dei tirocini curriculari e abilitanti e agli internati per la tesi di laurea (risultavano infatti vaccinati in maggior numero studenti del VI anno, del V anno, studenti FC e studenti del IV anno, meno quelli degli anni precedenti).

### **La frequenza ai tirocini e le modalità di sorveglianza attiva negli studenti non vaccinati**

Un dato poco tranquillizzante riguardava la percentuale degli studenti non vaccinati (54,5%) che non erano coinvolti nelle frequenze dei tirocini in presenza. Certamente una percentuale alta e che riguarda oltre la metà degli studenti coinvolti. A tale riguardo, veniva anche riferito di come alcune Aziende sanitarie avessero sospeso la frequenza ai tirocini anche agli studenti vaccinati. È bene ricordare come nessun DPCM abbia mai sospeso i tirocini in presenza, semmai approvando l'utilizzo di metodologie di didattica a distanza, che restano in vigore sino al perdurare dello stato di emergenza, ad oggi fino al prossimo 31 luglio 2021. Alcune di queste decisioni potrebbero sembrare pertanto del tutto arbitrarie e contro il diritto allo studio degli studenti qualora assunte per decisione unilaterale dell'Azienda Sanitaria di riferimento, ricordando come, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, anche in zona rossa dovesse essere la Conferenza Regionale dei Rettori a deliberare per lo svolgimento delle attività di tirocinio in presenza o a distanza.

Deve anche essere stigmatizzato come, proprio in relazione a tale criticità ed in previsione dei ritardi formativi che avrebbero potuto seguire alla mancata vaccinazione degli studenti, la Conferenza Permanente dei Presidi/Presidenti delle Scuole di Medicina Italiane aveva approvato una mozione in cui era contenuto un forte invito a completare il processo di vaccinazione degli studenti in Italia.

Tale mozione era inviata al Ministro dell'Università e della Ricerca ed agli Assessori alla Salute di tutte le Regioni italiane, il 28 febbraio 2021.

In questa mozione, condivisa anche con la CPCLM&MC, si chiedeva: *"che siano assunte tutte le azioni necessarie affinché in tutte le Regioni sia completata la vaccinazione di tutto il personale sanitario in formazione mettendo in assoluta priorità tale categoria dopo quella degli operatori sanitari"*, motivando tale azione urgente e indispensabile per *"permettere una pronta e piena ripresa di tutte le attività formative, con particolare riferimento ai tirocini e alle attività professionalizzanti in genere; consentire la ricomprensione dei reparti Covid tra quelli in cui far ruotare il personale in formazione anche ai fini dell'apprendimento delle competenze specifiche stanti le necessità attuali; scongiurare il manifestarsi di una emergenza formativa dovuta al ritardo del compimento del percorso formativo e/o alla possibile diminuzione della qualità dello stesso per mancata esposizione alle problematiche di salute maggiormente al momento intercorrenti"*.

Un ulteriore dato di grande interesse riguarda la grande difformità riscontrata nelle pratiche di sorveglianza attiva nei confronti degli studenti non vaccinati che stavano frequentando in presenza i tirocini abilitanti e curriculari. Queste erano infatti dichiarate essere in atto solo nel 54,5% dei CLM intervistati e con modalità molto eterogenee, come sopra riportato. Anche questo dato evidenzia l'assenza di un coordinamento centrale su questo punto che è stato gestito a livello periferico, direttamente dalle Aziende Sanitarie, con livelli di accuratezza molto differenziati.

In relazione alle numerose strategie di sorveglianza per il contenimento della pandemia COVID-19, messe in atto da tutti gli Atenei italiani, riguardanti le attività didattiche in presenza, sulla base di quanto previsto dai diversi DPCM che hanno normato tali attività, sembra poco attendibile che il 45,5% delle sedi non abbia messo in atto metodiche di sorveglianza attiva per gli studenti frequentanti i tirocini in presenza all'interno dei reparti assistenziali delle aziende/ASL di riferimento. Nella letteratura internazionale si ritrovano diverse evidenze correlate alle attività degli studenti di medicina (Wong et al., 2021) e sull'importanza della cosiddetta sorveglianza attiva negli operatori sanitari e sociosanitari cui gli studenti di medicina sono assimilati (Ibrahim, 2020).

### ***Gli studenti che hanno rifiutato la vaccinazione***

Un dato molto confortante riguarda la percentuale, molto bassa e pari all'1.75%, di studenti cui è stata proposta la vaccinazione e che non hanno aderito al piano vaccinale. Gli studenti di medicina europei sembrano avere un'ottima propensione nei confronti della vaccinazione (Rostkowska e al., 2021), anche se uno studio condotto negli Stati Uniti, tra gli studenti di medicina e di odontoiatria, parrebbe far emergere un valore molto superiore di studenti (circa il 23% degli intervistati) che appaiono titubanti di fronte alla vaccinazione COVID-19 (Kelekar et al., 2021).

I provvedimenti presi nei confronti di chi non ha aderito alla campagna vaccinale comprendono sia la sensibilizzazione degli studenti, che l'attivazione di protocolli di sorveglianza attiva. Tre sedi dichiarano però di aver dato il divieto di accesso ai reparti assistenziali, mentre un'altra sede dichiara che il Garante ha stabilito il non doversi chiedere agli studenti se siano stati vaccinati o no. Risulta del tutto evidente come, in una situazione in cui la vaccinazione non sia stata concretamente offerta a tutti gli studenti di medicina italiani, non si possa poi costringerli a non frequentare i reparti assistenziali, senza provocare un indubbio danno nella loro formazione. È anche evidente come su questo punto siano necessarie delle chiarificazioni da parte del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Università e della Ricerca.

### **Temi su cui riflettere**

I dati della survey, anche se evidenziano lo stato di fatto che vi era nella parte centrale del semestre didattico, mettono in luce alcuni punti, ancora non risolti, su cui sarà probabilmente necessario un forte pronunciamento della Conferenza permanente.

Il primo riguarda l'inibizione alla frequenza in presenza dei tirocini professionalizzanti curricolari e quelli abilitanti alla professione di medico chirurgo (TPVES) a quegli studenti che rifiutassero di vaccinarsi, dopo aver terminato il piano vaccinale ed aver offerto la vaccinazione a TUTTI gli studenti italiani. Il decreto sulla obbligatorietà di vaccinazione per gli operatori sanitari prevede infatti un demansionamento di funzione, in caso di rifiuto. È possibile applicare questa norma agli studenti, impedendone di fatto la corretta formazione?

Il secondo quesito riguarda un'altra evidenza, che riguarda l'inibizione alla frequenza in presenza dei tirocini professionalizzanti curricolari e quelli abilitanti alla professione di medico chirurgo (TPVES), agli studenti non vaccinati, non per loro volontà. Si configura una lesione del diritto allo studio, come sancito dall'art. 34 della Costituzione Italiana? Il diritto alla salute, anch'esso sancito dall'art. 32 della Costituzione Italiana, è un bene prioritario e prevalente o equivalente al diritto allo studio?

Il terzo quesito riguarda la correttezza di quanto accade sul territorio, in termini decisionali sulla frequenza in presenza ai tirocini professionalizzanti. È corretto che tali decisioni siano assunte unilateralmente dalle Aziende Sanitarie quando tutti i DPCM le hanno consentite e, nell'ultimo DL ora in vigore, nelle zone rosse tale decisione è demandata alle Conferenze dei Rettori Regionali?

Il quarto quesito riguarda la sorveglianza attiva e le modalità del suo svolgimento per gli studenti che frequentano i tirocini in presenza. È corretto non avere un piano di sorveglianza attiva concordato con l'Azienda, per gli studenti non vaccinati o vaccinati?

Quattro punti che sembrano ancora da risolvere e da discutere, in accordo con le indicazioni del Governo.

### **Bibliografia**

- Goldberg E. Some medical students celebrate with covid vaccine selfies as others wait in line. *The New York Times*, Jan. 14, 2021.
- Ibrahim NK. Epidemiologic surveillance for controlling Covid-19 pandemic: types, challenges and implications. *Journal of Infection and Public Health* 13: 1630-1638, 2020.
- Kelekar AK, Lucia, VC, Afonso NM, Mascarenhas AK. COVID-19 vaccine acceptance among dental and medical students. *Journal American Dental Association*, 2021, in Corso di stampa.
- Lynn-Green E, Iwai Y. All medical students should be vaccinated. *Scientific American* March 9, 2021.
- Nabavi N. Covid-19 vaccination for medical students: the grey area. *British Med J* 261: 372-273, 2021
- Rostkowska OM, Peters A, Montvidas J, Magdas TM, Rensen L, Zgliczynski WS, Durluk M, Pelzer BW. Attitudes and knowledge of European medical students and early graduates about vaccination and self-reported vaccination coverage – Multinational cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health* 18: 3595-3612, 2021.

Wong C, van den Broek W, Doody G, Fischer M, Leech M, De Ponti F, Gerbes A, Nishigori H, Lee Y, Frens M, Kasuya H, Bazzoli F, Hickel R, Lee H, van Leeuwen J, Mitchell C, Kadomatsu K, Atherton J, Chan F Continuing

medical education during pandemic waves of COVID-19: Consensus from medical faculties in Asia, Australia and Europe. MedEdPublish <https://doi.org/10.15694/mep.2021.000064.1>

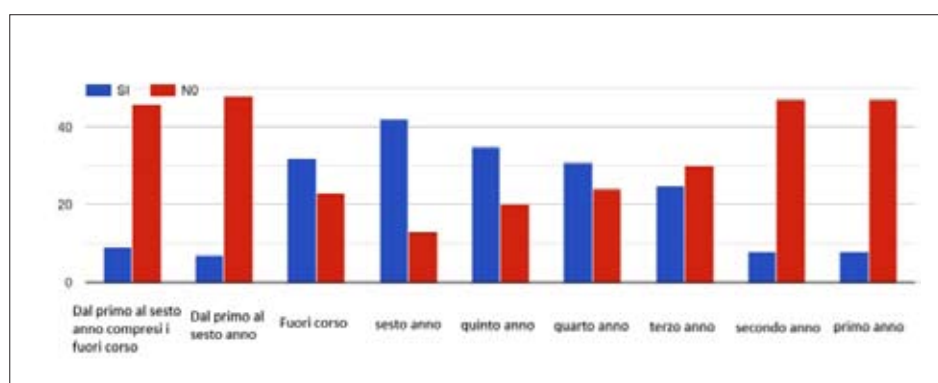
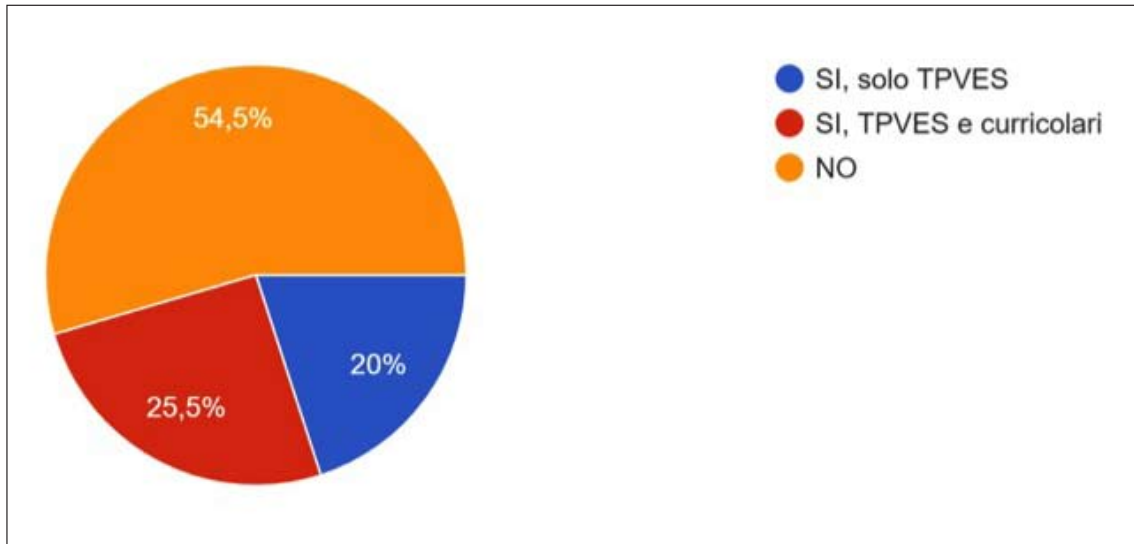


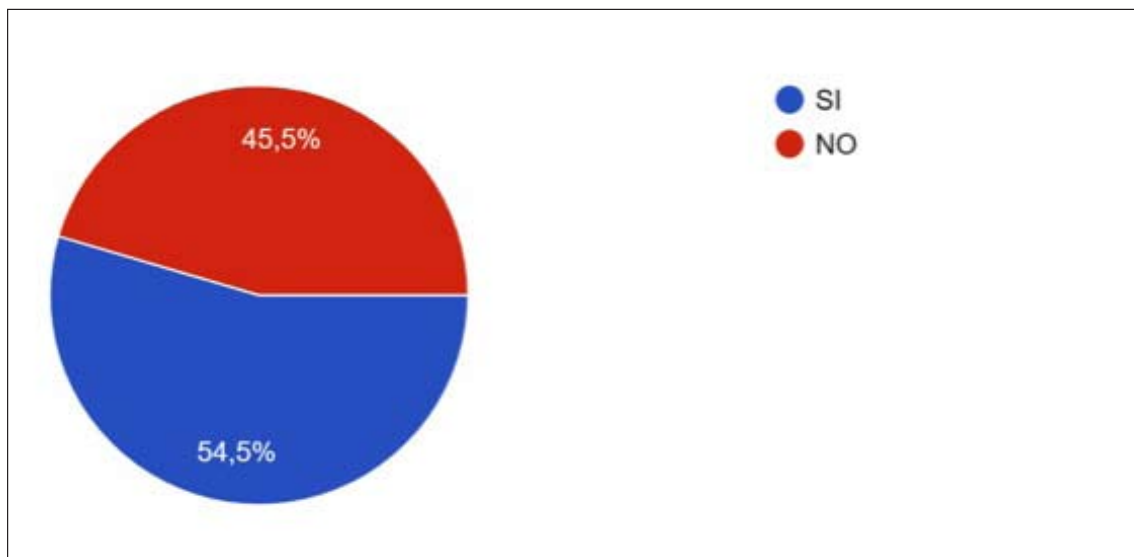
Figura 1. Nella tabella sono indicate le tipologie di studenti che hanno ricevuto la vaccinazione anti sars-cov-2. In azzurro gli studenti vaccinati.

|                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| <b>Media</b>                | <b>57,4%</b>            |
| <b>Mediana</b>              | <b>65%</b>              |
| <b>Deviazione standard</b>  | <b>33,1%</b>            |
| <b>IC 95% della media</b>   | <b>Da 48,1% a 66,7%</b> |
| <b>IC 95% della mediana</b> | <b>Da 50,0% a 79,8%</b> |
| <b>Minimo</b>               | <b>0%</b>               |
| <b>Massimo</b>              | <b>100%</b>             |

Figura 2. Dati statistici, espressi in valori percentuali, sugli studenti vaccinati al 15 aprile 2021. Le risposte sono pervenute da 51 sedi, mentre 4 sedi non erano a conoscenza del dato.



*Figura 3. Nel grafico a torta sono indicate le percentuali degli studenti non vaccinati che stavano frequentando in presenza i tirocini al 15 aprile 2021.*



*Figura 4. Nel grafico a torta sono indicate le percentuali di studenti non vaccinati che stavano frequentando, sottoposti a pratiche di sorveglianza attiva. Le risposte, in questo caso, provengono da 44 sedi.*

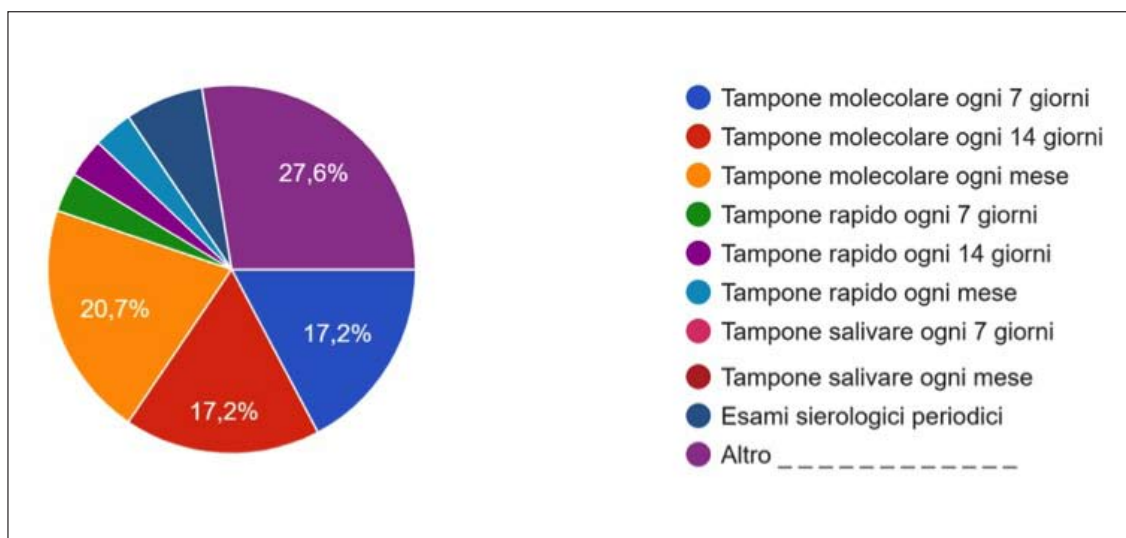


Figura 5. Nel grafico a torta sono evidenziate le diverse pratiche di sorveglianza attiva utilizzate per il controllo degli studenti non vaccinati, durante la frequenza ai tirocini. Le risposte provengono da 29 sedi

|                             |                       |
|-----------------------------|-----------------------|
| <b>Media</b>                | <b>1,75%</b>          |
| <b>Mediana</b>              | <b>0%</b>             |
| <b>Deviazione standard</b>  | <b>4,0%</b>           |
| <b>IC 95% della media</b>   | <b>Da 0,5% a 2,9%</b> |
| <b>IC 95% della mediana</b> | <b>Da 0,0% a 0,9%</b> |
| <b>Minimo</b>               | <b>0%</b>             |
| <b>Massimo</b>              | <b>20%</b>            |

Figura 6. Dati statistici, espressi in valori percentuali, sugli studenti che hanno rifiutato la vaccinazione al 15 aprile 2021. Le risposte sono pervenute da 41 sedi, mentre 14 sedi non hanno fornito indicazioni.

## SISM - Segretariato Italiano Studenti in Medicina

### Global Health Education

Il SISM fa riferimento alla definizione di Salute Globale proposta dalla Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG): un "approccio che mira a dare pieno significato e attuazione a una visione di salute come stato di benessere bio-psico-sociale e come diritto umano fondamentale".

Da molti anni all'interno del SISM la Salute Globale occupa un ruolo di primo piano, perché in quanto approccio multidisciplinare, al di là della semplice realtà fisiopatologica, permette di disegnare e applicare politiche di salute che abbiano un approccio radicale nella risoluzione di problemi di Salute.

Questo impegno è sfociato poi nella stesura del Policy Statement Approccio Globale alla Salute e alla Formazione Universitaria, approvato durante il LVII Congresso Nazionale del SISM, tenutosi nel mese di Novembre 2020.

Essendo la Global Health un approccio transdisciplinare, il SISM si è dotato di due strumenti per lo studio e l'elaborazione di nuove proposte in merito: il Global Health Group (GHG), che lavora in termini di sensibilizzazione e advocacy sulla Salute Globale all'interno e all'esterno dell'Associazione, e il progetto "Laboratorio di Mondialità" (Labmond), in cui vengono analizzate specifiche tematiche inerenti la Salute Globale.

Durante il 2020 il SISM ha deciso di elaborare una proposta da sottoporre alle Università ed alla Conferenza Permanente, attraverso cui intende stabilire il suo impegno nei confronti della promo-

zione e della divulgazione dei principi della Salute Globale e dell'insegnamento della stessa.

Il primo passo è strutturare il curriculum per tutti gli anni di studio secondo un approccio non esclusivamente associato alle materie del corso, bensì volto a legare le componenti attraverso l'utilizzo di un approccio alla Salute Globale.

Per fare ciò le università dovrebbero stimolare la costruzione di spazi di incontro tra studenti provenienti da CdL differenti per incoraggiare una proficua Interprofessional Education, implementare il core curriculum delle scuole di medicina, inserendo competenze e conoscenze inerenti alla Salute Globale e incentivare la ricerca in materia di essa in tutti i dipartimenti.

In secondo luogo, il SISM propone la promozione, all'interno delle singole Scuole di Medicina e Chirurgia, di attività didattiche elettive riguardo la Salute Globale, ma anche di opportunità formative per gli studenti in contesti diversi da quelli ospedalieri, favorendo la conoscenza delle dinamiche territoriali (Community-Based Education). Ciò può essere raggiunto anche attraverso bandi universitari sulla salute globale e sulla salute di comunità.

Infine, costruire e rafforzare i rapporti con altri enti del territorio e/o istituzioni pubbliche al fine di approfondire gli aspetti economici, sociali, ambientali che possano influire sullo sviluppo delle disuguaglianze in salute.

Ciò potrebbe essere raggiunto sia attraverso proposte di tirocini in realtà di volontariato sia attraverso la valorizzazione di esperienze con associazioni di promozione sociale o di volontariato, che si occupano di salute e disuguaglianze.



- 3844 Survey Nazionale Vaccinazione studenti Per SARS-Cov-2 e Frequenza ai Tirocini abilitanti alla Professione di Medico Chirurgo in Presenza: situazione al 15 Aprile 2021  
*Giuseppe Familiari et Al*
- 3852 NOTIZIARIO - News FROM  
SISM - Segretariato Italiano Studenti in Medicina - APS, in occasione della 141a Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM, 19 Dicembre 2020

## 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](mailto:andrea.lenzi@uniroma1.it))

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

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

[www.quaderni-conferenze-medicina.it](http://www.quaderni-conferenze-medicina.it)

Publisher: **Pittini Digital Print (Rome)**  
[www.pittini.biz](http://www.pittini.biz)