

Verso una Laurea professionalizzante. 1°

Acquisizione delle competenze professionali in.62, 2014, pp.2797-2804, DOI: 10.4487/medchir2014-62-4

 quaderni-conferenze-medicina.it/verso-una-laurea-professionalizzante-1-acquisizione-delle-competenze-professionali/

- [Abstract](#)
- [Articolo](#)
- [Bibliografia](#)
- [Cita questo articolo](#)

Abstract

At present, becoming a practitioner in Italy implies taking a graduation in 'Medicine and Surgery' in one of the Italian Universities and passing a state qualifying examination, managed by the Ministry of Health. In order to avoid duplications and to shorten the long training period spent by future doctors, the National Conference of Undergraduate Curricula Presidents has proposed to the Ministries of Education and of Health to unify the procedures and create a qualifying medical degree.

Such a new examination will necessarily imply the check of practical abilities and this stresses the importance of teaching both practical skills and professional competencies.

In this setting, the Educational Innovation Committee of the National Conference organized a workshop, open to all the Undergraduate Curricula Presidents, on the topic of teaching professional competencies in the undergraduate curricula. The workshop was held in Milan (State University) on the 21st February 2014.

The workshop was subdivided into four contemporary working groups. Each class was lead by an expert in medical education, introduced by a demonstration by a medical student, and guided by a chairperson, and worked separately on a different topic. At the end of the team work, a plenary debriefing allowed all participants to share the conclusions of the different groups. The topics addressed in the single groups were: 1: the skill lab; 2: the simulated patient; 3: the technology-enhanced learning, and 4: the peer-clinical examination.

Articolo

Introduzione

Questo articolo riferisce i tratti essenziali dell'atelier pedagogico dal titolo *Verso una Laurea professionalizzante: Acquisizione delle Competenze Professionali*. L'evento è stato organizzato dal Gruppo di Lavoro Innovazione Pedagogica per conto della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale (CPPCLM) in Medicina, e si è svolto a Milano Ca' Granda il 21 Febbraio 2014.

Scopo di questo atelier era di fare il punto sulle modalità di insegnamento delle attività formative professionalizzanti (AFP) nel Corso di Laurea Magistrale (CLM) in Medicina, soprattutto in vista dell'esame di laurea abilitante che la CPPCLM sta proponendo di attuare.

Quando si parla di acquisizione di competenze professionali occorre distinguere tra:

- abilità operative e relazionali (le *practical skills* della letteratura anglosassone), quali saper misurare la pressione arteriosa o saper comunicare una notizia al paziente, e
- competenze professionali vere e proprie, quali saper fare una diagnosi, somministrare una terapia o impostare una procedura

Le competenze professionali sono, in realtà, competenze metacognitive, in quanto implicano l'acquisizione di conoscenze e di abilità. Per impostare la terapia dell'ipertensione, il medico deve intanto conoscere le basi molecolari e fisiopatologiche di questa condizione morbosa (competenza conoscitiva), e poi essere in grado di misurare la pressione arteriosa del paziente (competenza operativa).

In passato, l'insegnamento della Medicina era concentrato sulla trasmissione di conoscenze e solo in piccola parte sull'insegnamento a letto del malato. Oggi la formazione alla professionalità impone un insegnamento molto più pratico e ciò richiede un crescente utilizzo di tecniche di simulazione (*Simulation-Based Medical Education, SBME*).

L'espansione della SBME si spiega con motivazioni che sono comuni a tutto il Mondo occidentale e con altre che sono specifiche del nostro Paese.

Nel mondo i principali motivi che hanno condotto alla diffusione della SBME¹ sono:

- l'etica del Paziente: c'è una crescente consapevolezza del diritto del malato alla *privacy* e a essere protetto dai rischi che possono derivare dall'intervento dello studente;
- la Medicina difensiva: la simulazione è utile per accrescere la competenza dei professionisti della salute e per ridurre il tasso di errori;
- le esigenze di Sanità pubblica: la necessità di ridurre i costi della sanità impone ricoveri sempre più brevi, riducendo la possibilità che gli studenti possano avere accesso ai pazienti;
- l'adesione al Core Curriculum: gli studenti devono affrontare un ampio numero di malattie, *setting* clinici e situazioni realistiche di *problem-solving* e *decision-making*, che non possono essere presentate dai pazienti di volta in volta ricoverati in reparto;
- la necessità di strumenti per una valutazione pertinente ed obiettiva: tutti gli sforzi profusi nell'insegnamento professionalizzante sono vanificati da una valutazione solo teorica, e la valutazione dell'acquisizione delle competenze professionali richiede lo sviluppo di nuovi strumenti;
- la pressione da parte dell'Industria della Simulazione: inevitabilmente, la necessità di strumenti di simulazione sempre più sofisticati alimenta il mercato, ma per il CLM in Medicina non servono le costosissime "*high-tech simulation modalities*", necessarie per alcune forme di addestramento infermieristico o medico-specialistico, ma bastano le economiche "*low-tech simulation modalities*" (una coscia di pollo è efficace per imparare a fare una sutura come un manichino sofisticato).

In Italia vi sono poi condizioni peculiari, che riflettono la realtà sociale del nostro Paese:

- il portato degli anni '60 e '70: in quegli anni frotte di *baby-boomers* hanno studiato Medicina portando il rapporto medici/popolazione Italiana ad essere uno dei più alti d'Europa, con la conseguente introduzione del numero chiuso. Questo, oltre a calmierare il numero di laureati, ha permesso – insieme alla frequenza obbligatoria – di passare da una didattica teorica, frontale, ad un insegnamento professionalizzante, a piccoli gruppi, divenuto sostenibile grazie alla riduzione degli iscritti;
- il cambiamento odierno: i *baby-boomers* stanno andando in pensione e, per ragioni economiche,

questi non vengono rimpiazzati; di contro, dopo decenni di numero chiuso (e non di numero programmato), il numero di medici in Italia sta per divenire insufficiente. Di conseguenza, il rapporto docenti/studenti sta diminuendo rapidamente e ciò mette a repentaglio le prospettive reali della didattica a piccoli gruppi. In questo scenario, almeno la *low-tech SBME* – consentendo agli studenti di migliorare e valutare le proprie abilità operative con un minimo supporto tutoriale – può essere di grande utilità.

L'atelier ha affrontato la tematica dell'acquisizione delle competenze professionali toccando, in altrettanti laboratori, quattro tematiche fondamentali:

- lo *skill lab*
- il paziente simulato
- l'*e-learning*
- l'esame obiettivo tra pari

Ogni Laboratorio è stato animato da un esperto (con specifica esperienza sul tema), uno o più dimostratori (studenti del SISM e un'attrice) e da un facilitatore (un Presidente di CLM e il Presidente della SIPeM).

A tutti i laboratori è stato dato il medesimo mandato: *“il Gruppo formuli una proposta di acquisizione di competenze professionali, mediante la modalità di insegnamento-apprendimento illustrata nel laboratorio, che sia proponibile e fattibile nei CL italiani in vista dell'esame di laurea abilitante”*

Laboratorio No. 1

Tema: Lo skill lab

Esperto: Riccardo Lubrano (Roma Sapienza “C”)

Dimostratori: Stefano Guicciardi (SISM Modena) e Marco Nicolazzi (SISM Piemonte Orientale)

Facilitatore: Giuseppe Familiari (Roma Sapienza “S. Andrea”)

Contenuti del Laboratorio

In medicina con la dizione “skill” si intende una serie di manovre finalizzate a permettere l'esecuzione di un atto medico o chirurgico secondo linee guida internazionali. L'introduzione delle skill nel core curriculum del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia pone delle difficoltà organizzative ma al contempo è un'occasione importante per apportare delle innovazioni al modo di fare didattica e all'incisività del piano formativo. Il processo per renderle fruibili dovrebbe articolarsi attraverso tre fasi preparatorie tra loro interdipendenti: la progettazione della skill, la tecnica di insegnamento e quella di valutazione.

Progettare la skill significa disegnare l'esecuzione dell'atto, secondo quanto riconosciuto come appropriato dalla letteratura scientifica. L'obiettivo da raggiungere sarà quello di preparare una nozione tecnica in un formato facilmente distribuibile agli studenti i cui contenuti non devono poter essere alterati affinché tutti ricevano nello stesso modo la stessa informazione. Questo concetto di diffusione e condivisione del sapere, necessariamente si rifletterà sulla modalità di insegnamento che non potrà più essere affidata all'estrosità del singolo, ma dovrà essere codificata e standardizzata. Processo questo che trasformerà l'insegnante in un facilitatore dell'apprendimento e sarà il garante dell'uniformità della distribuzione del saper fare. End-point di questa successione di eventi, sarà una prova di verifica del processo di formazione in cui il facilitatore valuterà l'esecuzione dell'intervento educativo con le stesse caratteristiche di analisi per ogni soggetto esaminato. Ovviamente il denominatore comune di queste tre fasi sarà

l'uniformità, che potrà essere realizzata solo rendendo ovunque uguali questi momenti.

La diffusione uniforme dell'informazione potrebbe richiedere la creazione di una collana di e-book, e/o DVD, o di un sito web a cui possano accedere liberamente tutti gli studenti. Così, nella successiva fase pratica dell'apprendimento il facilitatore potrà più semplicemente operare su una popolazione che ha ricevuto la stessa formazione teorica e, ove possibile, sfruttare la tecnica di insegnamento "pratica mentre guardi". Da qui la necessità di realizzare un irrinunciabile programma di formazione dei formatori per avere una metodica di "insegnamento standard" più adatta al moderno ruolo del facilitatore. Chi vorrà "insegnare" l'abilità dovrà mostrare di saper utilizzare il processo standard di formazione proposto per il singolo atto. Ovviamente la formazione del formatore a sua volta comprenderà per ogni skill l'apprendimento dello schema standard del processo di valutazione che lo studente dovrà superare per acquisire l'abilitazione alla sua esecuzione.

Affinché la skill non perda la sua capacità formativa, e determini l'ottimizzazione del saper fare, questa andrà integrata nelle scienze di base e nelle scienze cliniche del nostro curriculum e in processi di apprendimento via via più complessi come il basic life support, gli scenari ed i megacode, nei quali gli studenti saranno chiamati a risolvere situazioni cliniche di progressiva complessità. Si potrà così costruire una scala progressiva di apprendimento pratico dal I al VI anno di corso.

Molti saranno portati a pensare che tutto questo significherà costi elevatissimi per i corsi di laurea, ma in realtà la simulazione della skill può e deve essere realizzata a basso costo. Infatti a stabilire l'efficacia del processo formativo non sarà il manichino a bassa od ad alta fedeltà ma la capacità didattica del facilitatore, opportunamente integrata in un processo standard di formazione e valutazione. Per permettere a tutti i Corsi di Laurea di iniziare ad organizzare in modo uniforme ed efficace questa didattica, si potrebbe sviluppare un modello progressivo, in cui le nuove skill potranno essere inserite man mano che le precedenti raggiungeranno la piena efficienza nella formazione.

In conclusione la realizzazione di un programma comune di preparazione, insegnamento e valutazione delle skill significherà dare alla nostra didattica un ruolo più definito, permettendo di dare l'avvio ad un interessante processo di omogenizzazione e integrazione tra i Corsi di Laurea in Medicina delle facoltà italiane.

L'elaborazione del mandato

A conclusione della relazione iniziale, gli studenti del SISM hanno reso una eccellente dimostrazione di insegnamento e di valutazione dell'apprendimento, con l'uso del manichino per basic life support (BLS), avente per oggetto la corretta esecuzione delle manovre di BLS. A conclusione della dimostrazione, in cui sono stati messi chiaramente in evidenza i concetti espressi nella relazione dell'esperto, si è avviata una interessante discussione sul mandato ricevuto dal gruppo di lavoro.

Al termine del dibattito sono state formulate le proposte sotto descritte, che sono messe all'attenzione dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia.

A) Le abilità: core curriculum condiviso e per complessità crescenti

- Assoluta necessità di definire un core curriculum di attività pratiche da eseguire con uso di skill lab, che sia condiviso a livello nazionale;
- debbono essere previste modalità condivise di erogazione corretta agli studenti;
- deve essere fatto riferimento ai diversi gradi di complessità, dallo skill al megacode alla simulazione, da posizionare in progressione verticale all'interno del corso in anni diversi dal primo

al sesto;

- è preferibile utilizzare un numero limitato di abilità, ma che siano standardizzate, essenziali e erogate sistematicamente a tutti gli studenti iscritti.

B) Preparazione all'insegnamento ed alla valutazione in forma standardizzata

- Vi deve essere la responsabilità di un docente coordinatore che sappia dare le basi standardizzate della formazione, in questo setting particolare, ai facilitatori che opereranno a diretto contatto con gli studenti;

- il gruppo di lavoro ha sottolineato l'importanza che il facilitatore debba essere adeguatamente preparato e sappia gestire un rapporto di comunicazione corretto con gli studenti con cui dovrà interagire;

- il processo di formazione non può prescindere dalla valutazione di quanto appreso dallo studente, che sia correttamente standardizzata ed effettuata attraverso l'uso corretto di griglie condivise per la misurazione delle abilità apprese dagli studenti.

C) Integrazione verticale delle abilità nel corso di studi

- Il gruppo di lavoro ha ribadito l'importanza dell'integrazione delle scienze di base con le scienze cliniche, soprattutto nella fase precoce del percorso di studio;

- l'integrazione nei sei anni di corso deve essere inoltre organizzata per complessità crescente delle manualità da apprendere attraverso l'uso dello skill lab (BLS, scenario, megacode);

- sarebbe inoltre auspicabile un accordo nazionale sulla distribuzione delle abilità negli anni di corso, necessario a garantire trasferimenti corretti e preparazione omogenea, almeno per quelli definiti come irrinunciabili.

D) Ipotesi di risorse e costi riferibili ad un corso con 80 studenti per BLS/ALS

- Necessità della presenza di almeno 6 formatori per BLS e ALS;

- uso di manichini a basso costo (n. 4 family pack per BLS) da utilizzare per tutti gli studenti dal primo anno di corso (turnazioni con gruppi di 12 studenti);

- uso di manichini a costo maggiore (n. 2 per ALS) per scenari più comuni di intervento negli anni successivi (turnazioni con gruppi di 12 studenti);

- i simulatori sono utili soprattutto nell'area dell'emergenza, ma sono caratterizzati dall'altissimo costo.

E' ipotizzabile un investimento iniziale di circa 15.000 euro.

Laboratorio No. 2

Tema: Il Paziente Simulato

Esperto: Egidio A. Moja (Milano Statale)

Dimostratori: Felice Sperandeo (SISM Roma Sapienza "D") e Giulia Casoli (Milano, attrice)

Facilitatore: Fabrizio Consorti (Roma Sapienza "C" – SIPeM)

Contenuti del Laboratorio

Un paziente simulato o standardizzato – chiariremo in seguito alcune differenze tra questi due

termini – può essere definito come una persona che:

- 1) ha avuto un training per interpretare un paziente (la sua storia, i suoi sintomi) in un modo realistico,
- 2) utilizza tale competenza in corsi pre- o post-laurea di educazione medica.

Pazienti simulati e standardizzati vengono con crescente frequenza utilizzati nei percorsi formativi in medicina. In queste note, dopo una breve precisazione terminologica, accenneremo alle ragioni di questo sempre più largo utilizzo e descriveremo la nostra esperienza di giochi di ruolo con pazienti simulati all'interno del Corso di Laurea in Medicina (Polo San Paolo) di Milano.

Terminologia

Molti autori usano in modo intercambiabile i termini simulato e standardizzato; altri sottolineano che la principale caratteristica del primo termine rimanda alla capacità di simulare, il secondo alla capacità di simulare ed alla stabile coerenza dei dati forniti. Un esempio: portando una storia di alcolismo un paziente simulato sarà tenuto a fornire una serie di dati appresi sulla sua dipendenza e sui suoi sintomi ma avrà una certa libertà nel descrivere altri dati personali, famigliari o sociali; in una situazione standardizzata anche questi dati verranno con ogni cura predefiniti e appresi dal paziente attore.

Sia i pazienti simulati che i pazienti standardizzati possono naturalmente essere utilizzati per l'insegnamento e la valutazione di abilità nel campo della comunicazione e dell'esame obiettivo fisico. I pazienti-attori – sia simulati che standardizzati – sono però persone sane che possono mimare un sintomo ma non averne l'obiettività. A questa "mancanza" pone un parziale rimedio quello che va sotto il nome di simulazione ibrida. Nella simulazione ibrida ai pazienti-attori si aggiungono dispositivi tecnologici che forniscono le componenti fisiche che i pazienti-attori non possono avere. Ad esempio, in una situazione di simulazione ibrida lo studente appoggia lo stetoscopio al torace dell'attore e una fonte remota trasmette i suoni di una predeterminata patologia.

Le ragioni di un utilizzo sempre più frequente

Tradizionalmente il contatto con il paziente (raccogliere la sua storia, visitarlo...) rappresenta il momento fondamentale e irrinunciabile nella formazione dei futuri medici. Perché, allora, introdurre (anche) pazienti-attori nel loro curriculum?

Si possono elencare una serie di condivisibili ragioni. Una prima serie di ragioni nasce dai percorsi di cura contemporanei che vedono una progressiva contrazione dei posti-letto ospedalieri e dei tempi di degenza ed una maggiore attenzione alla medicina territoriale: tutto questo determina una riduzione del numero dei pazienti che gli studenti possono incontrare nel loro percorso formativo. Una seconda serie di ragioni nasce dalla crescente riluttanza da parte di molti pazienti a collaborare con le esigenze educative di Ospedali universitari. Una terza nasce dall'attuale maggiore attenzione a evitare ai pazienti ogni manovra o passaggio non strettamente necessari.

Si può osservare che le ragioni finora citate sono, come dire, in negativo: siamo costretti ad utilizzare (anche) pazienti-attori. Ve ne sono però molteplici in positivo. Sul piano comunicativo ci sono aree drammatiche o delicate – ad esempio, dare cattive notizie o raccogliere dati in ambito sessuale – in cui esercitarsi in un ambito protetto prima di incontrare pazienti reali appare doveroso addirittura da un punto di vista etico. Sul piano delle storie cliniche i pazienti-attori possono essere formati ad interpretare i casi più disparati fornendo agli studenti una varietà di esperienze che può superare quella dei pazienti ricoverati. Sul piano pratico i pazienti-attori possono imparare ad adeguare la difficoltà del caso al livello di esperienza dello studente; possono replicare più e più volte il medesimo caso favorendo un progressivo apprendimento da parte dei discenti; possono, al termine della consultazione, discuterne punti di forza e punti di

debolezza. Un ultimo, certo non trascurabile, vantaggio dei pazienti simulati risiede nel loro utilizzo nei momenti valutativi. L'esame al letto del paziente dovrebbe rappresentare l'ultimo e più convincente passaggio della formazione dello studente. Due sono i principali fattori che rendono discutibile l'oggettività di una valutazione di tale passaggio: la variabile difficoltà dei casi clinici e la soggettività dell'esaminatore. L'impiego di simulazioni, e in particolare di simulazioni ibride, potrebbe azzerare il primo fattore e ridurre considerevolmente il secondo.

L'elaborazione del mandato

Il laboratorio ha avuto un taglio fortemente interattivo, proponendo alcune riflessioni teoriche iniziali, seguite da numerosi esempi dal vivo o video-ripresi, che hanno permesso ai partecipanti di percepire, anche se solo attraverso rapidi assaggi, caratteristiche e potenzialità delle attività educative basate su pazienti simulati.

L'elaborazione del gruppo rispetto al mandato di lavoro si è prodotta quasi spontaneamente, nel corso stesso delle attività laboratoriali. Sono state condivise alcune esperienze in atto, relative alla disponibilità di locali attrezzati a laboratorio delle abilità, capace di ospitare azioni simulate e videoriprese o all'utilizzo già sperimentato di pazienti simulati, limitatamente alla formazione alle sole abilità cliniche, senza particolare attenzione agli aspetti comunicativi e relazionali.

Circa la collocazione curriculare dell'utilizzo dei pazienti simulati, il gruppo ha convenuto sulla loro utilità negli anni clinici, anche se sono stati ravvisati buoni motivi per iniziare già dagli anni di base, come introduzione progressiva e controllata alle abilità relazionali. Quest'ultimo dominio è stato unanimemente riconosciuto come quello più peculiare per questa metodica.

Le criticità riscontrate sono riassumibili nel problema della sostenibilità di questo tipo di attività per un intero gruppo-classe, qualora si volesse uscire dall'utilizzo limitato ad un'ADE e indirizzato a pochi studenti. Esistono problemi di tempo curriculare, di spazi dedicati e soprattutto di preparazione dei docenti. Volendo però cogliere quest'ultimo aspetto come opportunità, è stato osservato che la formazione all'impiego dei pazienti simulati è utilizzabile anche per promuovere un approccio alla formazione che sia maggiormente student-centred.

Sono state indicate come azioni propedeutiche l'utilizzo dei film, la formazione dei formatori e la formazione degli attori. E' anche indispensabile l'adozione di un modello pedagogico del CLM che non renda l'esperienza coi pazienti simulati un evento avulso e isolato.

Laboratorio No. 3

Tema: L'e-learning

Esperti: Marco Masoni e Maria Renza Guelfi (Firenze)

Dimostratore: Eleonora Leopardi (SISM Roma Sapienza "B")

Facilitatore: Rosa Valanzano (Firenze)

Contenuti del Laboratorio

Per meglio comprendere quale possa essere il vero apporto della formazione a distanza nel futuro dell'educazione è opportuno sostituire il termine e-learning, che indica genericamente l'uso delle tecnologie telematiche a fini di apprendimento, con Technology Enhanced Learning (TEL) che si focalizza sulle modalità offerte dalla Information and Communications Technology (ICT) di migliorare/ottimizzare i processi di apprendimento, favorendo i differenti stili ed offrendo flessibilità in termini di spazio, tempo, ritmi personali nell'affrontare gli argomenti di studio.²

Il TEL appare particolarmente appropriato in ambito universitario, in cui la qualità della didattica deve essere elevata e mai subordinata ad istanze aziendali, economiche o politiche, come può

invece accadere in altri contesti.

Sono stati analizzati gli approcci TEL considerati più adeguati ed efficaci per la formazione professionalizzante degli studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Il dimostratore (studente SISM) ha navigato all'interno di corsi online a differente strutturazione, cercando di esplicitare i processi mentali coinvolti durante l'interazione, trasferendo ai presenti considerazioni e meta riflessioni che sono state oggetto di discussione. In questo modo sono stati visionati e analizzati diversi ambienti virtuali di apprendimento, alcuni dei quali prediligevano l'interazione con i materiali ed altri in cui prevaleva la componente di costruzione collaborativa di conoscenza. Gli approcci TEL mostrati sono stati ordinati e tassonomizzati, in funzione di una classificazione proposta da Trentin.³ La maggioranza dei corsi online analizzati sono stati sviluppati all'interno della Scuola di Scienze della Salute Umana dell'Università di Firenze.

Se opportunamente progettato, il TEL può favorire l'acquisizione di competenze trasversali di tipo tecnologico, cooperativo/collaborativo e interdisciplinare che superano le tradizionali di dominio e che possono essere molto utili nell'esercizio della pratica clinica. Benché le potenzialità del TEL nell'apprendimento individuale siano non trascurabili, occorre sottolineare che è soprattutto tramite la costruzione di ambienti di apprendimento collaborativi che si crea un humus adatto all'acquisizione delle competenze trasversali sopra menzionate.⁴

In merito alle competenze tecnologiche, è intuitivo che una didattica basata su ICT contribuisca ad un migliore uso professionale della rete sia nell'auto-apprendimento che nell'interazione con una comunità professionale.

Proporre ambienti virtuali di apprendimento in cui lo studente deve interagire con docenti e discenti favorisce l'acquisizione di competenze cooperative/collaborative. La progettazione e la realizzazione a più mani di artefatti, il rispetto delle scadenze e le modalità di relazionarsi nel lavoro di gruppo sono attività che comportano educazione alla mediazione, alla negoziazione ed all'argomentazione di idee, favorendo l'accettazione di quelle altrui. A ciò consegue la necessità di acquisire la capacità di dialogare attraverso la parola scritta, con continuo confronto e mediazione, alla luce della necessità di accettare e confrontarsi con visioni multiprospettiche spesso non coincidenti.

Infine, l'utilizzo di strategie collaborative in rete favorisce l'educazione all'interdisciplinarietà, aspetto centrale di fronte al rapido avanzamento della conoscenza in ogni settore del sapere. In particolare il corpus informativo presente in rete rende la ricerca di informazioni un'attività fondamentale per l'aggiornamento del medico che conduce al recupero di documenti con contenuti che vanno oltre la disciplina di studio, che comunque necessitano di oculata interpretazione e valutazione.

L'elaborazione del mandato

In un'epoca di sempre più rapido progresso scientifico e tecnologico, l'acquisizione di competenze tecnologiche, cooperative/collaborative e interdisciplinari è centrale in un'ottica di life-long learning, in cui il medico dovrà provvedere autonomamente al proprio aggiornamento sia mediante un apprendimento individuale che attraverso processi di gestione/condivisione della conoscenza che si attuano in collaborazione con altri. Queste due diverse modalità di aggiornamento possono essere influenzate in misura considerevole dalla rete.⁵ Secondo questa visione, il TEL diventa cruciale come preparazione ad uno sviluppo professionale continuo poiché consente l'acquisizione di competenze che spaziano oltre lo specifico ambito disciplinare, ma che possono rivelarsi determinanti nell'esercizio della prassi clinica.

Per diffondere nuovi approcci al TEL capaci di migliorare la qualità della formazione all'interno di un Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia occorre superare un'ottica individuale e talora autoreferenziale per passare a una visione organizzativa. È necessaria una strategia che miri a

ottenere un consenso ampio tra tutte le componenti di governance, attuando politiche globali di coinvolgimento del personale docente, accompagnate a una mission ed operatività tali da garantire un appropriato sviluppo istituzionale capace di trasformazione.⁶

Laboratorio No. 4

Tema: L'esame obiettivo tra pari e l'insegnamento al letto del paziente

Esperto: Oliviero Riggio (Roma Sapienza "B" e "C")

Dimostratore: Laura Vivalda (SISM Torino)

Facilitatore: Carlo Della Rocca (Roma Sapienza "E")

Contenuti del Laboratorio

Preliminarmente è stata sottolineata l'importanza dell'esame obiettivo nella pratica clinica, anche attuale, nonostante la sempre maggiore, deprecabile, tendenza di sostituirlo mediante l'utilizzo di tecniche di immagine ed esami di laboratorio sempre più sofisticati. In questo senso è stato rilevato come l'introduzione dell'esame obiettivo tra pari possa almeno parzialmente ovviare alle sempre maggiori difficoltà connesse all'insegnamento di questa abilità "teorico-pratica", ma anche "metodologica", nell'attuale contesto di sempre maggiore diminuzione dei rapporti docenti/discenti e discenti/assistiti "fruibili" per attività didattiche. Nel tentativo di definire le reali potenzialità di tale metodologia didattica è apparso utile confrontare, prima di tutto, le due tipologie classiche di esame obiettivo: l'esame obiettivo sistematico e l'esame obiettivo guidato da ipotesi (Figg. 1 e 2).

A questo punto è apparso utile analizzare i vantaggi e i problemi dell'apprendimento tanto dell'esame obiettivo in ambiente clinico che nella situazione tra pari.

Schematicamente:

Apprendimento dell'esame obiettivo in ambiente clinico

Vantaggi

- Didattica focalizzata su problemi reali
- Svolto nel contesto professionale reale
- E' il solo ambiente in cui abilità come la raccolta dell'anamnesi, l'esecuzione dell'E.O., il ragionamento clinico, il prendere decisioni, l'empatia e la professionalità possono essere apprese nel loro insieme.

Problemi

- Tempi limitati
- Esigenze in conflitto (cliniche, amministrative)
- Troppi studenti, pochi pazienti, scarse risorse
- Didattica spesso contingente ai pazienti disponibili (difficilmente pianificabile)
- Sistematicità difficile
- Dignità e *privacy* del paziente

Apprendimento dell'esame obiettivo tra pari

Vantaggi

- Attuabilità: basta una stanza con un lettino
- Attrezzatura: minima (Sfignometro, termometro)
- Costi: praticamente zero
- Apprendimento rinforzato da possibilità di ripetizione del gesto (allenamento) praticamente infinita dall'osservazione reciproca

Problemi

- Reperti patologici
- praticamente assenti
- necessità di affiancare lo studio dei reperti patologici con sussidi didattici come foto, registrazioni di rumori patologici, ecc. che non potranno mai sostituire la pratica sul paziente.

Infine è stata elaborata la problematica connessa alla differenza di genere naturalmente presente negli studenti attori dell'esame tra pari, rilevando che anche con l'esclusione della sfera genitale, dell'esplorazione rettale e della mammella femminile, per le quali non esiste spazio nell'ambito di questa metodologia didattica, possono generarsi situazioni di disagio che devono essere serenamente gestite nel rispetto del pudore dei singoli e che comunque, anche in base alla letteratura internazionale, sono confinate a piccole percentuali di casi di solito insorti a causa di una non appropriata gestione da parte del tutor dell'approccio iniziale.

L'elaborazione del mandato

Questa fase del laboratorio è stata introdotta da un'efficacissima dimostrazione, condotta dagli studenti del SISM, di un esempio di esame obiettivo tra pari. Gli studenti si sono alternati nei ruoli di "attore", colui che esegue l'esame obiettivo, di "modello", colui che simula l'assistito, e di "scriba", colui che rileva l'uso corretto della terminologia usata e degli atti ispettivi effettuati mediante l'uso di "griglie" standardizzate pre-confezionate.

A seguito della dimostrazione è apparsa chiara a tutti l'estrema applicabilità ed utilità dell'esame obiettivo tra pari per l'apprendimento dell'esame obiettivo sistematico. Il dibattito in seno al laboratorio si è incentrato sulle ragioni per le quali l'esame tra pari rappresenti attualmente una pratica poco diffusa. Le problematiche rilevate sono state essenzialmente di tipo organizzativo e logistico, ma che appaiono comunque risolvibili tramite un' almeno parziale centralizzazione dell'organizzazione delle ADP a livello di coordinamento di semestre o comunque tramite un reale coordinamento delle stesse. E' evidente che necessitano comunque spazi nei quali gli studenti possano "allenarsi" anche in autonomia e un certo numero, se pur limitato rispetto a quello richiesto nella ADP in contesto clinico, di tutor clinici, formati, che avviino e controllino le attività di apprendimento degli studenti. E' stato infine ricordato il vantaggio della valutabilità della performance anche ai fini di una sua eventuale inclusione in contesti di esame pratico.

In conclusione si è ritenuto che l'esame obiettivo tra pari rappresenti una valida metodologia didattica che può permettere l'acquisizione di competenze professionali metodologiche di base (esame obiettivo sistematico) come la semeiotica del "normale" anche in ambito specialistico. La fattibilità, sebbene con i limiti ricordati, è ampia ed è estendibile anche all'apprendimento dell'esecuzione di indagini strumentali non invasive (come l'ecografia).

Fig. 1 – Caratteristiche degli esami obiettivi sistematici e guidati da ipotesi.

Fig. 2 – Caratteristiche dell'insegnamento degli

esami obiettivi sistematico e guidato da ipotesi.

Conclusioni

Al termine di questo atelier, a partire dal contributo degli esperti e dal dibattito nei laboratori è stato possibile concludere che le attività di simulazione sono diventate uno strumento indispensabile di insegnamento nei Corsi di Laurea in Medicina lungo tutto il percorso curricolare.

Dall'atelier sono emerse alcuni dei punti di forza dell'educazione medica basata sulla simulazione:

- risponde alle crescenti esigenze di attuare attività formative professionalizzanti (AFP);
- ovvia al problema della riduzione del numero dei docenti;
- ottimizza l'impiego del tutor clinico;
- favorisce forme attive e collaborative di apprendimento e forme pedagogicamente innovative (più efficaci) di insegnamento.

Dalla presentazione degli esperti e, ancor più, dai laboratori, è emerso che l'educazione medica basata sulla simulazione è fattibile nella generalità dei CLM in Medicina Italiani:

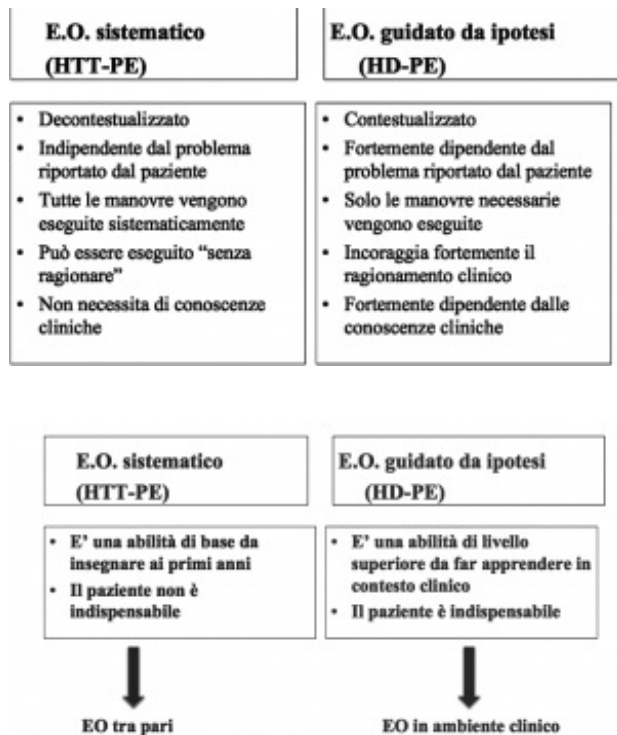
- i costi della simulazione (a bassa tecnologia) necessaria alle esigenze di un CLM in Medicina sono contenuti;
- le attività di simulazione richiedono l'intervento iniziale di un tutor clinico ma poi gli studenti possono esercitarsi "tra pari";
- anche la progressiva creazione di un centro di simulazione è fattibile.

Certo, è apparso chiaro che la simulazione richiede un forte coordinamento (trasversale e longitudinale) dell'attività didattica. Occorre:

- programmare le AFP del core curriculum in una progressione curricolare;
- programmare la valutazione dell'acquisizione delle AFP (nell'ottica dell'esame di laurea abilitante);
- programmare in modo omogeneo la formazione dei formatori (all'insegnamento e alla valutazione).

Non va nascosta una criticità che risiede nel fatto che la simulazione è di facile realizzabilità in un contesto elettivo, mentre è nel contempo necessario ma anche assai più impegnativo estenderla all'intero gruppo-classe.

La CPPCCLM ha fin qui svolto un ruolo prezioso nella valorizzazione delle AFP, fino alla promozione dell'esame di laurea abilitante. Per favorire l'adozione in tutti i CLM Italiani di tecniche di educazione medica basata sulla simulazione la CPPCCLM deve continuare a svolgere un ruolo trainante. Per farlo, la CPPCCLM deve favorire:



- progetti formativi condivisi,
- il core curriculum nazionale,
- la standardizzazione delle attività formative e valutative,
- il coordinamento trasversale e longitudinale delle attività formative,
- la formazione dei formatori,
- l'analisi dei costi e la programmazione.

La prosecuzione naturale di questo atelier sarà un nuovo incontro (Alghero, Ottobre 2014) dal titolo "Verso una laurea professionalizzante: certificazione delle Competenze professionali". I temi dei 4 laboratori saranno

- Il Paziente standardizzato
- L'OSCE
- Il Portfolio
- Il Tirocinio certificativo

Medicina e Chirurgia darà prontamente conto dei risultati di questo nuovo atelier in un prossimo numero della Rivista.

Bibliografia

- 1) Ziv A: *Simulators and simulation-based medical education*. In: Dent JA e Harden RM (eds) *A Practical Guide for Medical Teachers*, pp. 217-222. Churchill Livingstone, Edinburgh, 2009.
- 2) TEL Committee, University of Texas (2004), *Report of Technology Enhanced Learning Committee*. URL: http://www.utexas.edu/provost/research/TEL_Report_2004.pdf (acceduto il 13/3/2014)
- 3) Trentin G *Technology Enhanced Learning e didattica universitaria: i diversi approcci e i motivi della loro scelta*. *Tecnologie Didattiche* 2006 37(1):3-9
- 4) Trentin G *Dallo studio individuale all'apprendimento in rete: i diversi ruoli delle tecnologie informatiche e della comunicazione*. In book: *Simulazioni interattive per la formazione giuridica*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2007 Editors: D. Giuli, N. Lettieri, N. Palazzolo, O. Roselli, pp.55-71
- 5) Masoni M, Guelfi MR, Conti A, Gensini GF. *E-learning in Sanità*. Springer 2011
- 6) Masoni M, Guelfi MR, Conti A, Gensini GF. *Gli Atenei e le Facoltà di Medicina e Chirurgia di fronte alla sfida dell'e-learning*. *Clinical Management Issue* 2009; 3(4):133-180

Cita questo articolo

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