

Il tirocinio clinico nel Corso di laurea in Medicina e Chirurgia: tirocinio formativo o valutativo?

Clinical training in Medical Schools: training or competence assessment internship?

ROSSANA ALLONI, DOMENICO BORZOMATI

Facoltà di Medicina e Chirurgia. Università Campus Bio-Medico di Roma

Tirocinio

Secondo il monumentale “Nuovo Dizionario de’ Sinonimi della lingua italiana” pubblicato dal Tommaseo nel 1830 la parola “tirocinio” deriva dal verbo greco *τεροειν* che, fra l’altro, significa “guardare, tutelare, prendere in cura”. Il termine “tirocinio” avrebbe quindi, sempre secondo il Tommaseo, la stessa etimologia della parola terapia. Suggestiva e adatta ad introdurre la nostra discussione incentrata sul ruolo del tirocinio clinico è l’origine del termine che Tommaseo fa risalire al periodo romano. In particolare l’autore riporta *I romani dissero Tirones i giovani soldati che facevano la prima campagna, e i giovanetti appena avevano indossato la toga virile o libera, il che avveniva al diciassettesimo anno ... i giovani tironi dovevano per un anno frequentare il Campo di Marte, ove si facevano esercizi militari e ginnastici, ed altri luoghi pubblici, onde stare sotto gli occhi e quasi sotto la tutela, la protezione, la custodia del popolo, il quale così durante l’anno di prova, che si disse TIROCINIUM aveva l’agio di vegliare su di lui ed osservare le sue attitudini e la sua condotta per potere un giorno con fondata cognizione concedergli o negargli i propri suffragi, quando il giovanetto fatto adulto avesse concorso ai pubblici uffici*. Il tirocinio ha continuato ad esistere e nell’era

moderna indica per estensione, “l’addestramento pratico in una professione o in un mestiere” (Dizionario Garzanti della Lingua Italiana, 2011).

Il tirocinio clinico

I tirocini clinici eseguiti prima dell’inizio dell’esercizio della professione medica sono distinti in tirocini pre-laurea e in tirocini post-laurea. I tirocini clinici pre-laurea, anche sulla base delle indicazioni di Legge (cfr. DM 270/04) e di quanto attuato dagli atenei, hanno carattere e finalità di tipo formativo mentre il tirocinio post-laurea ha finalità di tipo valutativo. In particolare il neo-laureato accede all’esercizio della professione medica solo dopo aver superato il cosiddetto “Esame di Stato” che per l’appunto riconosce come parte integrante un tirocinio clinico sottoposto a valutazione della durata di tre mesi (cfr. DM 19 ottobre 2001 n. 445). Il presente lavoro intende proporre alcune riflessioni su questa modalità di approccio al tirocinio, anche a partire dalle esperienze di tirocinio clinico pre-laurea realizzate presso l’Università Campus Bio-Medico di Roma.

Il tirocinio pre-laurea

È esperienza consolidata che l’apprendimento della professione medica avviene in tempi lunghi; l’apprendimento e gli approfondimenti necessari proseguono negli anni successivi alla laurea costituendo un percorso di formazione continua. La maggioranza dei rudimenti (che con appropriato termine anglosassone oggi chiamiamo *clinical skills*) viene acquisita dal medico nella seconda parte del corso di studi

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof.ssa Rossana Alloni

Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma
Via Álvaro del Portillo, 200 - 00128 Roma
e-mail: r.alloni@unicampus.it

(il cosiddetto “triennio clinico”). Qual è, nell’ambito di tale lungo percorso formativo, il ruolo del tirocinio clinico in cui ogni studente è coinvolto a partire dal III-IV anno di corso?

L’attuale normativa (cfr. DM 270/04) prevede l’obbligo per lo studente di acquisire un grande numero di *clinical skills* che il legislatore reputa chiaramente *indispensabili per l’esercizio della professione medica*. Tuttavia, a dispetto di tale affermazione di principio, appare ambizioso e forse poco realistico ritenere che il tirocinio clinico possa davvero essere in grado di fornire al futuro medico tutte le *skills* necessarie per l’esercizio della professione. Non a caso molti docenti impegnati nella realizzazione del tirocinio clinico verificano quotidianamente la divergenza fra i teorici obiettivi del tirocinio indicati dal legislatore e ciò che accade nella vita quotidiana della facoltà. Gli studenti lamentano la limitatezza delle esperienze cliniche vissute durante il corso di studi, che si evidenziano già sin dai primi approcci professionali. Come vedremo più avanti, gli ostacoli si presentano sia sul versante della docenza che su quello dei discenti e non mancano le difficoltà di tipo logistico-organizzativo. Va anche segnalato che, al contrario di quanto relativo alle esperienze nord-europee e statunitensi, piuttosto povera è la letteratura scientifica che riporta l’esperienza italiana in tema di attività tutoriale clinica pre-laurea e il confronto e la discussione su questi temi non è ancora sufficientemente presente nei convegni e congressi delle Società scientifiche. Tutto questo non deve scoraggiare ma deve essere motivo di ricerca e stimolo alla creatività, nell’ottica di una formazione medica sempre più qualificata e qualificante.

Volendo verificare obiettivi e modalità di esecuzione del tirocinio clinico pre-laurea nel nostro Paese, abbiamo effettuato una revisione sul sito web di un rappresentativo campione di Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia di atenei italiani verificando come i singoli atenei applicano la normativa in tema di tirocinio clinico. I risultati della revisione mostrano innanzitutto che modalità e finalità del tirocinio non differiscono di molto i diversi Corsi di laurea. In particolare il tirocinio prevede costantemente l’affiancamento dello studente da parte di un medico “strutturato” e che lo studente partecipa alle attività svolte dal tutor (attività clinica nel reparto di degenza, attività di sala operatoria e attività ambulatoriale) per un numero sempre molto limitato di ore. Il tirocinio avviene secondo uno schema prestabilito e usualmente nelle ore della giornata libere dalle lezioni. I risultati della nostra *survey* si dimostrano in linea con quelli maturati nell’ambito del Corso di clinica chirurgica presso l’Università Campus Bio-Medico di Roma negli anni compresi fra la fondazione dell’università nel 1993 e l’anno accademico 2004-2005. Durante tale periodo abbiamo fra l’altro constatato che la frammentazione del tirocinio (al massimo due ore al giorno per periodi di tempo in genere piuttosto lunghi) non consente allo studente di affiancare proficuamente il tutor nelle comuni attività cliniche e di poter cogliere i criteri che ispirano la gestione clinica del paziente.

A seguire illustriamo due esperienze maturate presso la nostra università che riteniamo possano ben illustrare lo sviluppo della riflessione sulla *medical education* e la sua traduzione nella pratica quotidiana.

L’esperienza del nuovo tirocinio di semeiotica medica e chirurgica

Dopo alcuni anni di tentativi e sperimentazioni, a partire dall’anno accademico 2009-2010 il tirocinio del terzo anno di corso, relativo al Corso integrato di semeiotica medica e chirurgica e medicina di laboratorio, ha subito una radicale riforma legata a due situazioni di fatto: l’aumento del numero di studenti (fino agli attuali 120) e il cambiamento dell’assetto clinico del Policlinico universitario. Questa seconda situazione è il risultato delle profonde modificazioni che la Sanità italiana sta subendo, modificazioni che riflettono da un lato lo spostamento del *setting* di cura del paziente dall’ambito del ricovero a quello dell’attività ambulatoriale o di *day hospital*, dall’altro la diversa allocazione delle risorse economiche e umane con maggiore attenzione alla prevenzione e alla medicina del territorio. In sintesi, negli ospedali oggi si trova un numero minore di pazienti e si tratta per lo più di pazienti acuti, che necessitano di cure intensive o specialistiche, affetti da patologie gravi e non sempre frequenti. Questa tipologia di pazienti non è adeguata per l’apprendimento degli studenti più giovani, che hanno come obiettivo l’apprendimento di *skills* cliniche di base (saper eseguire correttamente anamnesi ed esame obiettivo sul soggetto sano, rilevando le variazioni nell’ambito della “normalità”) e l’acquisizione delle *skills* personali e relazionali elementari (saper instaurare relazioni empatiche; far crescere le proprie capacità – anche sensoriali e di intuito – per conoscere e riconoscere i quadri clinici più comuni e le situazioni potenzialmente patologiche). D’altra parte il *setting* ambulatoriale, che offre il contatto con pazienti in condizioni meno acute e con patologie frequenti e relativamente semplici, quindi più adeguate al livello di apprendimento degli studenti del terzo anno, ha una tempistica che non si confà allo studente neofita: anamnesi ed esame obiettivo, analisi del problema, indicazioni diagnostico-terapeutiche si susseguono in un tempo molto breve e lo studente fatica non poco a cogliere i dati e soprattutto il nesso che li collega.

Riflettendo sulla situazione sopra descritta, soprattutto sugli aspetti clinici e sul fatto che dal punto di vista del paziente degente e in condizioni di acuzie l’approccio con gli studenti non è sempre gradito e gradevole, abbiamo optato per lo spostamento del tirocinio verso le attività ambulatoriali, organizzando però un tutorato clinico ad hoc e un supporto che ottimizzasse l’apprendimento (Chacko, Aagard, Irby, 2007). I tutor clinici (medici strutturati e specializzandi) sono stati informati sugli obiettivi del tirocinio e sensibilizzati a rendere gli studenti attivi e partecipi dell’attività ambulatoriale.

riale; agli studenti è stato fornito un *log-book* su cui registrare in forma anonima i dati clinici dei pazienti incontrati nel tirocinio e le osservazioni fatte, registrazioni che successivamente sono state oggetto di un *debriefing* con il docente responsabile del corso. Questo “supporto” didattico ha come obiettivo aiutare lo studente a focalizzare la propria attenzione sui dati clinici, a oggettivarli nella registrazione (anche mediante l’uso di una terminologia appropriata), a confrontare le annotazioni prese in ambiti diversi (ambulatorio specialistico e ambulatorio di medicina di base, per esempio), in modo che le esperienze del tirocinio non risultino un vago “aver visto” ma prendano corpo in eventi in cui c’è stata riflessione e studio o proposta di studio: davanti a un elemento nuovo o non noto il tutor sa rinviare al libro di testo o offrire uno spunto di letteratura scientifica. Nel *debriefing* è stato dato spazio al racconto, oltre che al resoconto dal punto di vista scientifico e clinico: ogni studente ha potuto raccontare il caso più impressionante o umanamente più coinvolgente o che ha aperto nuovi orizzonti sul panorama sociale o culturale della società attuale. La possibilità di esprimere nel *debriefing* anche l’elemento emotivo ha costituito una novità per il nostro sistema tutoriale clinico e costituisce un’occasione preziosa di crescita personale sia per gli studenti che per i tutor (Alloni, 2013).

Dal punto di vista tutoriale questo nuovo assetto del tirocinio ha richiesto lo sviluppo di capacità di relazione più evolute, dato che il tutor deve gestire sia la relazione col paziente (che deve essere ben condotta, tanto più che è esemplare per lo studente!) che la relazione con lo studente, riuscendo a innescare un rapporto “a tre” (medico-paziente-studente) che sia utile per tutte le parti.

In sede di esame del corso integrato, una prova pratica del tipo OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*) consente di valutare se gli studenti abbiano acquisito le *skills* di semeiotica medica e chirurgica, e indirettamente valuta l’operato dei tutor nell’insegnamento clinico.

Un modello sperimentale di tirocinio clinico in chirurgia generale

Sulla scorta dell’esperienza acquisita e al fine di migliorare la qualità del servizio offerto allo studente, a partire dall’anno accademico 2005-2006 presso il Corso di laurea in Medicina e Chirurgia è stata avviata una modalità innovativa di tirocinio in Chirurgia Generale per gli studenti del V anno, nell’ambito del Corso di clinica chirurgica.

Gli obiettivi del tirocinio si possono così sintetizzare:

- allenare lo studente all’esercizio del ragionamento clinico inducendolo a declinare le conoscenze teoriche nella concreta gestione clinica del paziente in ambito diagnostico e terapeutico;
- permettere allo studente di acquisire le più elementari *clinical skills* relative alla chirurgia generale, che costituiscono il livello minimo di conoscenza/acquisizione (core curriculum) indispensabile per l’esercizio professionale;

- permettere allo studente di venire a contatto concretamente con le differenti branche chirurgiche per verificare le proprie attitudini ed aspirazioni e soprattutto rendersi conto del differente approccio alla soluzione dei problemi di salute;
- consentire al docente di esprimere un giudizio sulle competenze cliniche dello studente e sui progressi compiuti durante il tirocinio.

Per quanto concerne le modalità di esecuzione del tirocinio, è stata adottata una metodologia che ha molto in comune con il cosiddetto *shadowing*. Lo studente partecipa al tirocinio solo al termine del secondo semestre e cioè durante la pausa estiva, per un periodo continuativo (*full immersion*). Tale novità consente allo studente, libero dagli impegni di attività didattica formale, di spendere l’intera giornata (e se necessario l’intera notte) accanto al proprio tutor. Secondo uno schema ormai standardizzato il tirocinio *full immersion* dura sette giorni dal lunedì alla domenica durante i quali lo studente osserva lo stesso orario del proprio tutor e lo affianca costantemente in ogni attività professionale. Tale modalità di tirocinio consente fra l’altro di creare una proficua interazione umana fra tutor e studente.

Come riportato dalla nostra revisione riguardante l’esperienza degli altri atenei, il docente che ha il compito di organizzare il tirocinio clinico individua il tutor clinico fra i suoi collaboratori più “anziani”. Ciò nella convinzione che soltanto una figura “esperta” possa proficuamente svolgere il compito del tutor. Nella nostra esperienza tuttavia, tale presupposto, seppur corretto come principio, non sempre permette di giungere ai risultati attesi. Infatti, l’impegno nelle attività cliniche, didattiche e scientifiche rende difficile per il tutor “anziano” seguire le attività di tirocinio dello studente, col rischio di demandare il tirocinio a colleghi più giovani non del tutto preparati a svolgere tale compito. Va aggiunto che nella maggior parte dei casi la differenza di età fra il tutor e lo studente risulta elevata: lo studente si confronta con la stessa persona che ha visto a lezione e con la quale sosterrà l’esame finale. Tutto ciò rischia di alterare il rapporto fra studente e tutor riducendo significativamente l’utilità del tirocinio. Per tale ragione abbiamo pensato di formare una figura di tutor “intermedia” corrispondente al medico in formazione in grado, sotto la guida del docente, di affiancare lo studente nell’attività di tirocinio. Questa scelta è risultata vincente anche perché lo studente vede affiancarsi una figura professionale più vicina alle proprie esigenze e caratteristiche. Inoltre, in considerazione del limitato numero di studenti iscritti presso il Corso di laurea e del buon numero di medici in formazione a disposizione, si è potuto dare vita ad un tirocinio clinico con un rapporto numerico tutor/studente costantemente pari a 1:1. Il sistema di tutoria clinica così organizzato ha comportato anche rilevanti vantaggi per il giovane tutor che ha potuto beneficiare di un sistema di preparazione all’attività tutoriale. Prima di cominciare ad assolvere il proprio compito il giovane medico apprende dal

docente e dai tutor più anziani significato, modalità e finalità del tirocinio (nella nostra esperienza si è provveduto alla realizzazione di un vero e proprio vademecum). Un risvolto positivo tutt'altro che secondario è stata anche la responsabilizzazione del giovane tutor che si trova investito di un compito non semplice e la cui conduzione sarà a sua volta giudicata (al termine del tirocinio anche lo studente formula un giudizio sul tirocinio).

Il tutor al termine del tirocinio compila un giudizio sulle competenze dello studente e sui progressi compiuti durante il tirocinio. In particolare il tutor, mediante l'assegnazione di un punteggio da A ad E, valuta i seguenti aspetti:

- assiduità nel frequentare il tirocinio;
- puntualità ovvero rispetto degli accordi presi col tutor;
- ordine personale con il quale lo studente si presenta al tutor;
- appropriatezza del linguaggio scientifico;
- capacità di esecuzione delle *clinical skills* apprese nel corso del tirocinio;
- capacità di eseguire correttamente il ragionamento clinico;
- livello di conoscenze teoriche specifiche.

Inoltre il tutor riporta, in poche righe, un proprio giudizio sull'andamento del tirocinio appena terminato. In forma anonima lo studente provvede peraltro a formulare un giudizio sul tirocinio e sul tutor in particolare valutando fra l'altro grado dedizione e competenza dello stesso.

Discussione

I due esempi di tirocinio sopra illustrati ci introducono alla riflessione sulla valenza formativa piuttosto che valutativa del tirocinio. Attualmente si considera che i tirocini pre-laurea siano di tipo formativo e che il tirocinio post-laurea, che fa parte dell'iter che conduce all'abilitazione professionale, sia di tipo valutativo.

Questa dicotomia ci appare poco sostenibile da vari punti di vista. La definizione di "formativo" vale sicuramente per i tirocini del terzo e quarto anno, che sono complementari alle lezioni frontali e interattive per l'apprendimento delle competenze di base; sono tirocini in cui lo studente può dimostrare buona volontà, applicazione, interesse, e all'esame restituirà quanto ha appreso con una interiorizzazione ancora piuttosto elementare. Non si può pretendere che si sia già sviluppato uno stile personale, proprio, di approccio al paziente dal punto di vista relazionale e clinico; però si può pretendere che lo studente sappia eseguire le manovre semeiologiche "a regola d'arte", se così sono state insegnate e se ha avuto adeguate occasioni per esercitarsi. Qui si trova il punto nevralgico della discussione: oggi le nostre Facoltà offrono occasioni di apprendimento ben strutturate e sufficientemente ampie? C'è lo sforzo di adeguare le modalità di svolgimento del tirocinio alla numerosità del gruppo di studenti – sia per strutture che per tutor disponibili?

Quanto fin qui detto non significa che i tirocini successivi (quinto e sesto anno) non abbiano valenza formativa, anzi: sullo "zoccolo duro" delle competenze di base si possono costruire competenze più specifiche e complesse e soprattutto si deve sviluppare la capacità di ragionamento clinico (sia diagnostico che terapeutico). In medicina non si finisce mai di imparare, ogni esperienza è una buona occasione e come tale deve essere sfruttata. La mentalità universitaria in un certo senso consiste proprio nell'apertura mentale che consente di trovare in ogni situazione spunti di miglioramento e di sviluppo.

È evidente che nel procedere del tirocinio nel corso di studi c'è un aspetto formativo che continua ad esistere ma si modifica e un aspetto valutativo che cresce progressivamente; il docente dapprima forma, poi valuta quanto di questa formazione ha dato frutto nello studente, sia per effetto delle modalità didattiche che per effetto della attiva partecipazione del discente, che non è un oggetto passivo del processo formativo.

Solo dopo un adeguato iter formativo si può osservare lo studente e valutare a che punto si trovi nell'iter verso la maturità della figura professionale (un obiettivo che forse non è raggiungibile?).

Se i tirocini della seconda parte del corso di laurea sono non solo formativi ma anche valutativi, ci si deve chiedere che cosa stiamo valutando. Non si può valutare la persona, sarebbe una pretesa poco accettabile. Si possono e si devono invece valutare le *performances*, le competenze, le conoscenze, e per tutto ciò esistono metodi ben definiti e con sufficienti garanzie di oggettività. Rimangono le domande più interessanti: *si può valutare la professionalità? Si può insegnare la professionalità? Valuto ma ne sono valutato – quale feedback mi fornisce la mia coscienza? Ho dato agli studenti ciò che era necessario per la loro formazione?*

La migliore evidenza del successo della nostra esperienza è rappresentato dai sacrifici che gli studenti accettano di compiere ogni anno per eseguire un tirocinio che prevede periodi di lavoro anche in momenti dell'anno "disagiati" come l'intero mese di agosto. Durante il tirocinio lo studente non si dimostra soltanto entusiasta di "apprendere" e di sentirsi parte (attiva) di un'equipe chirurgica ma anche di essere giudicato da un tutor che sente particolarmente vicino per età e per la quantità di tempo continuamente trascorso insieme. La nostra esperienza sembra confermare che il percorso formativo dello studente non può prescindere dal suo contatto con la pratica clinica e dall'apprendimento di un numero essenziale di rudimenti professionali attraverso la realizzazione di un tirocinio clinico. Abbiamo constatato che lo studente grazie anche al tempo relativamente lungo che trascorre accanto al tutor è in grado di verificare se il tipo di professione da questi svolta (la chirurgia generale nel nostro caso) si addice alle proprie attitudini e alla propria visione della professione medica. In generale la nostra esperienza conferma che lo studente che termina il V anno possiede co-

noscenze teoriche sufficienti a metterlo in grado di affiancare il tutor nell'esercizio delle attività cliniche. Ciò gli consente di inserirsi nel processo decisionale diagnostico e terapeutico apprendendo di volta in volta i meccanismi logici che ne regolano l'andamento. Non vi è dubbio che per ottenere questo obiettivo è necessario che il tirocinio clinico non venga eseguito durante il periodo di attività didattica formale.

Abbiamo inoltre potuto verificare che il ruolo del tutor clinico possa essere efficacemente svolto dal medico in formazione se adeguatamente preparato. La scelta da parte del docente di uno specializzando quale tutor clinico comporta significativi vantaggi quali la possibilità di realizzare un sistema di tutoria clinica "personale" con un'interazione continua e diretta fra tutor e studente (anche grazie alla ridotta differenza di età). Abbiamo peraltro notato che il nuovo tipo di tirocinio offre al tutor-specializzando un'irripetibile occasione di crescita: forse per la prima volta dall'inizio della sua professione il giovane medico si trova di fronte alla necessità di effettuare un'analisi sulla base della quale deve formulare una conseguente valutazione. Dopo un lungo percorso in cui è stato giudicato, al giovane medico viene chiesto di giudicare oggettivamente nella consapevolezza che il giudizio espresso verrà tenuto in considerazione dal docente al momento dell'assegnazione del voto finale. I risultati del nostro lavoro confermano infine che il ruolo centrale nella gestione, nella guida e nell'organizzazione del tirocinio clinico spetta al docente. Questi deve individuare gli obiettivi i tempi e le modalità di svolgimento del tirocinio; deve motivare e formare il giovane tutor, controllando che fra questi e lo studente s'instauri una corretta interazione umana e professionale. Il docente deve essere costantemente a disposizione dello studente per aiutarlo a risolvere i problemi inerenti il tirocinio (il tutor non deve in nessun caso sostituirsi al docente). Infi-

ne, pena il fallimento dell'obiettivo valutativo del tirocinio, il docente deve verificare l'equilibrio e la veridicità del giudizio espresso dal tutor sullo studente. La nostra esperienza ci ha inoltre mostrato che l'interazione fra studente e tutor per un periodo continuativo di una settimana oltre ad essere per lo studente un'eccellente opportunità formativa, offre anche al docente un'occasione quasi unica di valutazione dello studente stesso. Ormai da sei anni la scheda di valutazione compilata dal tutor accompagna (insieme al dato sulla frequenza alle lezioni, alla valutazione della prova sostenuta al termine del V anno e dalle Attività didattiche elettive frequentate) lo studente all'esame finale. Il docente esamina tale scheda valutativa discutendola con lo studente e, al termine dell'esame, esprime un voto risultato di una vera e propria valutazione multiparametrica. Nel corso degli anni abbiamo verificato con soddisfazione una costante corrispondenza fra il giudizio formulato dal tutor e quello espresso dal docente durante la prova finale. Anche sulla base di tale esperienza ci si chiede se continui ad avere un senso la suddivisione (a nostro avviso più formale che sostanziale) fra tirocini clinici pre-laurea con finalità formative e tirocini clinici post-laurea con finalità valutative. In particolare è ipotizzabile che il tirocinio valutativo parte integrante dell'esame di stato attualmente eseguito dopo la laurea possa essere più proficuamente anticipato o meglio integrato con i tirocini clinici previsti negli ultimi anni di corso.

Bibliografia

- Alloni R. *Il tutor clinico nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia: spunti per la riflessione e la formazione dei tutor*. Aracne, Roma 2013.
- Chacko KM, Aagard E, Irby D. *Teaching models for outpatient medicine*. Clin Teach 2007;4(2):82-6.