



disponibile su www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/itjm



Modelli di valutazione della clinical competence del medico specialista internista ospedaliero

Roberto Nardi^a, Giovanni Mathieu^b, Franco Berti^c, Cristina Filannino^d, Antonio Greco^e, Carlo Nozzoli^f, Antonino Mazzone^g, a cura del gruppo di lavoro FADOI-SDA Bocconi¹

^a UOC Medicina Interna, Ospedale Maggiore, Azienda USL di Bologna

^b UOC Medicina Interna, Ospedale Edoardo Agnelli, Pinerolo (Torino)

^c UOC Medicina Interna, Ospedale San Camillo Forlanini, Roma

^d SDA Bocconi, Milano

^e UOC Geriatria, Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG)

^f UOC Medicina Interna, Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze

^g UOC Medicina Interna, Ospedale Civile di Legnano (MI)

Introduzione

Il tema della definizione delle competenze professionali, della loro valutazione e del loro sviluppo è di fondamentale importanza nell'attuale contesto sanitario, trovandosi il medico a operare in un ambito in cui la rapida obsolescenza dei saperi tecnico-scientifici impone una continua revisione

delle conoscenze e delle abilità. I frequenti cambiamenti organizzativi e gestionali richiedono una pronta adesione ai modelli innovativi definiti, con adeguate capacità propositive e sufficiente flessibilità di risposta da parte dei professionisti. Un'approfondita riflessione sulle competenze professionali sta pertanto diventando un'esigenza ineludibile sotto il profilo sia clinico sia etico-comportamentale.

¹ **Editors:** Antonino Mazzone, Legnano (MI); Carlo Nozzoli, Firenze; Franco Berti, Roma; Fabrizio Colombo, Milano; Cristina Filannino, Milano; Antonio Greco, Acquaviva delle Fonti (BA); Giovanni Mathieu, Pinerolo (TO); Mauro Mattarei, Rovereto (TN); Roberto Nardi, Bologna; Michele Stornello, Siracusa; Irene Stornello, Roma; Stefania Nardi, Bologna.

Supervisor: Marco Candela, Fabriano (AN); Giorgio Cioni, Pavullo (MO); Marco Grandi, Sassuolo (MO); Gualberto Gussoni, Milano; Ido Iori, Reggio Emilia; Paolo Leandri, Bologna; Francesco Cipollini, Ascoli Piceno; Andrea Fontanella, Napoli; Domenico Panuccio, Bologna; Giuliano Pinna, Asti; Filippo Salvati, Chieti; Francesco Sgambato, Benevento; Maurizio Ventrucci, Bologna.

Gruppo di consenso: Giorgio Ballardini, Rimini; Riccardo Battelli, Angera (VA); Alberto Camaiti, Livorno; Michele Cannone, Canosa di Puglia (BT); Efsio Chessa, Ghilarza (OR); Giuseppe De Mattheis, Città Sant'Angelo (PE); Audenzio D'Angelo, Palermo; Roberto Frediani, Verbania; Anna Gargiulo, Caserta; Giovanni Gulli, Reggio Calabria; Giuseppe Lombardo, Milano; Pietro Marino, Milano; Bruno Mongiardo, Viterbo; Lionello Parodi, Savona; Ruggero Pastorelli, Roma; Cecilia Politi, Isernia; Alfredo Porro, Garbagnate Milanese (MI); Antonino Praticò, Bagno di Romagna (FC); Fabio Precotto, Este (PD); Pier Giorgio Rabitti, Napoli; Massimo Rondana, San Vito al Tagliamento (PN); Pierangelo Santori, San Benedetto del Tronto (AN); Francesco Serafini, Mestre (VE); David Terracina, Roma.

Gruppo di consenso giovani: Raffaella Bassu, Pescia (PT); Luca Bonanni, Mestre (VE); Luigi Carbone, Roma; Mariangela Di Lillo, Fano (PU); Paola Gnerre, Micaela La Regina, Milano; Domenico Montemurro, Adria (RO); Maicol Onesta, Fabriano (AN); Roberta Re, Novara; Daniela Tirota, Cattolica (RI).

L'adesione a un percorso di valutazione delle performance lavorative rappresenta per il medico un momento essenziale per lo sviluppo continuo delle competenze e per una miglior capacità di risposta ai bisogni dei cittadini.

La mission della Medicina Interna è volta a migliorare la qualità e l'efficacia delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche, assistenziali del malato medico (tabella 1), garantendo l'appropriatezza del ricovero e della terapia, riconoscendo e trattando le urgenze affinché il paziente medico ospedalizzato sia correttamente preso in carico con una definizione e gestione del suo percorso complessivo, fino all'affidamento al medico curante e/o alla rete dei servizi territoriali. Tra gli obiettivi istituzionali di una società scientifica vi è quello di rappresentare un "luogo di cultura" in cui il medico può sviluppare i propri saperi e le proprie competenze distintive, attraverso l'adesione alle iniziative proposte nel campo della ricerca e in ambito formativo, favorendo un confronto tra differenti esperienze lavorative e pratiche cliniche e sviluppando le caratteristiche peculiari della disciplina che rappresenta.

Anticipando le richieste che potrebbero essere imposte da future iniziative di accreditamento a livello regionale o nazionale – attraverso disposizioni legislative o contrattuali – e orientandosi a esperienze internazionali già consolidate, FADOI ha ritenuto opportuno mettere a punto un percorso sperimentale di monitoraggio e valutazione delle competenze dei propri iscritti i quali, in modo volontario, desiderino uscire da un'autoreferenzialità specialistica e siano disponibili a misurarsi con un sistema di indicatori e di buone pratiche cliniche appositamente individuate. Siamo fermamente convinti che una gestione di questo processo attraverso un coinvolgimento attivo delle Società Scientifiche possa non soltanto raccogliere importanti contributi in merito alla definizione degli indicatori di performance, ma anche lasciare ampi spazi per lo sviluppo di progetti innovativi che vedano la diretta partecipazione di chi è coinvolto nell'agire medico quotidiano e ha consapevolezza delle situazioni esistenti. Questo progetto, nato da una partnership tra FADOI e SDA Bocconi, rappresenta un primo importante passo nella definizione di un nuovo ruolo delle Società Scientifiche, quali promotrici dello sviluppo e del monitoraggio continuo della professionalità individuale del medico internista. L'obiettivo che si intende perseguire è volto a esplicitare le attività, le esperienze e le competenze dei medici di Medicina Interna necessarie a esercitare il loro ruolo per poter costruire un percorso formativo basato sulle rilevazioni dei saperi acquisiti e delle abilità tecnico-scientifiche.

I tratti distintivi della Medicina Interna si fondano sui seguenti elementi:

- pluripotenzialità, intesa come capacità di sviluppare e integrare conoscenze e competenze multiple;

Tabella 1 Prerogative distintive della Medicina Interna.

- Abilità di sintesi clinica
- Capacità di diagnosi e terapia
- Elevata flessibilità funzionale riferita a pazienti con patologie pluriorgano, complesse o sistemiche o con più malattie di carattere medico coesistenti nello stesso individuo

- flessibilità, che consiste nella capacità di adattare e modificare le priorità di intervento sia nel singolo paziente sia in risposta alle necessità epidemiologiche del territorio;
- interdipendenza funzionale, nella consapevolezza che il case-mix dei pazienti in carico richiede una dipendenza reciproca con diversi interlocutori, ma al tempo stesso necessita di una "regia" unitaria rispetto al singolo caso;
- economicità, che richiede un'efficiente gestione dei posti letto (comunque meno costosi rispetto a quelli con indirizzo di alta specializzazione), peraltro con un differente turnover determinato dal frequente ricovero di pazienti con problematiche irrisolte o a elevata complessità per la presenza di multiple comorbidità e interazioni di ordine fisiopatologico, clinico e socioassistenziale.

La sintesi delle caratteristiche sopra citate orienta verso un professionista in continua formazione, consapevole del proprio ruolo nel contesto organizzativo, con comportamenti congruenti, a valenza multidimensionale, suscettibili di valutazione (fig. 1).

La valutazione professionale rappresenta una sfida per il cambiamento "culturale" richiesto a quanti lavorano nell'ambito del Sistema Sanitario (pubblico o privato convenzionato), che accettano di venire "osservati in modo costruttivo" rispetto al ruolo che esercitano, a ciò che fanno e a ciò che "dovrebbero fare". È evidente che il processo di valutazione deve essere caratterizzato da elementi espliciti, che ne garantiscano oggettività e trasparenza sulla metodologia utilizzata.

La valutazione delle competenze proposta da FADOI utilizza specifici standard di riferimento e indicatori di natura professionale al fine di verificare se il dirigente medico è un "buon professionista", cioè sufficientemente "esperto" nel proprio lavoro, capace di risolvere problemi specialistici di elevata complessità.

Il progetto non si pone come alternativa a decisioni e strumenti tipicamente istituzionali e/o aziendali in merito alle politiche di gestione delle risorse umane, bensì come strumento di riferimento specifico per la formazione, la valutazione e il monitoraggio delle capacità professionali dei medici specialisti ospedalieri di Medicina Interna.

La griglia dei "domini di competenza" proposta

L'ipotesi di lavoro su cui si è fondato il contenuto della "clinical competence" è stata quella di definire una griglia di valutazione delle competenze del medico internista, al fine di graduarne i livelli di responsabilità decisionale e di consapevolezza del ruolo, utili per conseguire una forma di accreditamento istituzionale e per costruire un percorso di progressione formativa e di crescita professionale. L'obiettivo finale è quello di delineare percorsi di sviluppo professionale idonei alla crescita nell'ambito della disciplina specialistica. A tal fine FADOI, in collaborazione con SDA Bocconi, ha progettato e realizzato un percorso di interazione attiva con un gruppo di direttori di struttura complessa di Medicina Interna operanti su tutto il territorio nazionale, per l'individuazione delle competenze professionali dei dirigenti internisti ospedalieri che volontariamente vorranno aderire al progetto, anche ai fini di un possibile accreditamento e/o certificazione (rimandiamo in proposito al

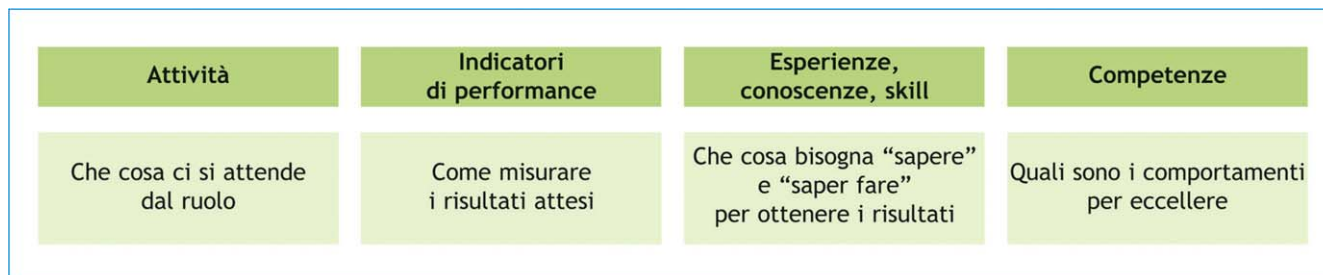


Figura 1 Misurazione dei contenuti del ruolo del medico internista.

programma “La valutazione della clinical competence in Medicina Interna: integrazione tra competenze professionali e competenze manageriali dei valutatori” presentato il 14 giugno 2010 presso la SDA Bocconi di Milano).

La mappa delle competenze peculiari del medico di Medicina Interna si articola in due parti distinte, una di natura strettamente specialistico-professionale e una di ordine organizzativo-gestionale relativa alle caratteristiche personali, con i seguenti obiettivi:

- costruire percorsi di buona pratica clinica, verificando, validando e migliorando le competenze professionali dei dirigenti attraverso metodologie formative innovative, idonee a favorire la crescita professionale;
- facilitare il compito dei direttori di struttura e dei dirigenti medici internisti nelle attività cliniche e gestionali, al fine di perseguire un’appropriata gestione delle risorse, in sintonia con gli obiettivi del contesto operativo.

Il contenuto del progetto non riguarda, al momento attuale, lo sviluppo professionale dei dirigenti medici internisti titolari di struttura semplice, struttura semplice dipartimentale, struttura complessa.

Nella costruzione della griglia, per l’individuazione dei diversi domini della competenza internistica nei vari ambiti nosologici, sono stati considerati prevalentemente i dati forniti dal Progetto Minerva, relativi a 130 UOC di Medicina Interna e a 161.961 schede di dimissione ospedaliera (SDO),

in cui erano individuate le principali patologie afferenti ai reparti di Medicina Interna (tabella 2) [a].

A partire da tale analisi epidemiologica di base, sono state selezionate le principali patologie che, per rilevanza statistico-epidemiologica, importanza e criticità gestionale sono state considerate dal gruppo di lavoro di maggiore importanza, ai fini dell’analisi specifica sulle competenze richieste.

Nella proposta di valutazione della crescita professionale sono stati selezionati tre differenti livelli; l’acquisizione del livello superiore presuppone il possesso di quello inferiore. L’integrazione e la sommatoria dei vari livelli definiscono *in massima* il percorso completo del medico internista, che da una professionalità di base può accedere a un livello di professionalità ottimale o di eccellenza qualora risponda “pienamente” ai requisiti richiesti per ogni singolo livello. I livelli di “graduazione” considerati compendiano elementi riferiti alle conoscenze, abilità, attitudini, secondo diverse fasi di sviluppo formativo (tabella 3). È stato introdotto il concetto di *competenza distintiva*, riguardante la capacità di saper svolgere un’attività professionale di un livello peculiare, in funzione di ciascuna patologia considerata, quando utile a fornire una risposta a specifici bisogni di salute del malato; il medico può possederla *in aggiunta* alle competenze richieste per la funzione specialistica e si riferisce all’erogazione di prestazioni di tipo medico subspecialistico.

Tabella 2 Il progetto Minerva: 130 UOC di Medicina Interna, 161.961 SDO relative al 2002.

DRG*	Diagnosi	N. casi
127	Insufficienza cardiaca e shock	12.956 (= 8%)
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	7.774
014	Malattie cerebrovascolari specifiche, eccetto attacco ischemico transitorio	5.830
134	Ipertensione arteriosa	4.858
089	Polmonite semplice e pleurite (età > 17 anni)	4.372
202	Cirrosi epatica ed epatite alcolica	4.210
395	Anomalie dei globuli rossi (età > 17 anni)	4.049
294	Diabete (età > 35 anni)	4.040
015	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	3.725
183	Esofagite, gastroenterite, miscellanea	3.703
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	3.077

* Ampia dispersione di DRG: 385 DRG differenti Fonte: Bellis P. In: Medicina interna. Complessità e metodologia. Torino: CSE, 2004.

Tabella 3 Contenuti dei livelli di professionalità proposti.

Livello I Professionalità di base	Livello II Professionalità ottimale	Livello III Professionalità eccellente	Competenza distintiva
<ul style="list-style-type: none"> • Corrisponde alle competenze specialistiche essenziali, come "core curriculum", base minima per l'accesso al lavoro (necessarie, per esempio, nell'effettuazione delle guardie in tutti i contesti operativi), in una fase iniziale finalizzata a un percorso di ulteriore formazione • Ha bisogno di supervisione e di ulteriore training 	<ul style="list-style-type: none"> • Corrisponde alle migliori competenze specialistiche desiderabili nella gestione dei pazienti complessi, praticate secondo parametri di riferimento definiti, in una fase consolidata di sviluppo formativo • È competente per effettuare il compito assegnato, in maniera autonoma, senza necessità di supervisione 	<ul style="list-style-type: none"> • Corrisponde a competenze specialistiche di gran lunga superiori alla media, praticate anche in setting assistenziali ad alta intensità di cura, in una fase avanzata di sviluppo formativo e didattico • È competente per formare altri professionisti in Medicina Interna 	<ul style="list-style-type: none"> • Corrisponde alle specifiche competenze aggiuntive, praticate nell'ambito della Medicina Interna, per le quali il professionista costituisce un riferimento per l'ospedale e/o altri professionisti anche esterni, nell'ambito di uno sviluppo formativo di nicchia e/o subspecialistico • È competente per formare altri professionisti in ambiti specifici/subspecialistici della Medicina Interna

Tabella 4 Selezione delle caratteristiche personali e delle capacità più significative per ogni livello professionale secondo il gruppo di lavoro FADOI-SDA Bocconi.

A	B	C
Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente
Area: Capacità emozionali		
Autocontrollo e gestione dello stress	Autocontrollo e gestione dello stress	Autocontrollo e gestione dello stress
	Gestione dei conflitti	Gestione dei conflitti
Area: Capacità relazionali		
Disponibilità ai rapporti interpersonali	Disponibilità ai rapporti interpersonali	Negoziazione
Disponibilità a lavorare in gruppo	Convincimento	Capacità di parlare in pubblico
Convincimento	Capacità di parlare in pubblico	Gestione dei gruppi e delle riunioni
Capacità di parlare in pubblico	Gestione dei gruppi e delle riunioni	Gestione delle risorse umane
	Leadership	Leadership
Area: Capacità gestionali		
Programmazione del proprio lavoro	Organizzazione	Tenacia/realizzazione
Organizzazione del proprio lavoro	Decisione	Programmazione
Controllo operativo	Orientamento ai risultati	Organizzazione
Iniziativa		Orientamento ai risultati
Tenacia/realizzazione		
Decisione		
Area: Capacità intellettuali		
Risoluzione dei problemi operativi	Raccolta ed elaborazione di informazioni	Analisi
Raccolta ed elaborazione di informazioni	Analisi	Soluzione dei problemi
	Soluzione dei problemi	Formulazione di piani/strategie
	Stesura di rapporti e relazioni	
Area: Capacità innovative		
Adattabilità/flessibilità	Propensione al nuovo	Propensione al nuovo
Propensione al nuovo		

Tabella 5 Indipendenza e interdipendenza.

Indipendenza	Interdipendenza
Sistema caratterizzato da autonomia, autoreferenzialità e libertà dei singoli agenti (“io”)	Sistema caratterizzato dalla reciproca dipendenza dei diversi agenti (“noi”): <ul style="list-style-type: none"> • i partner si appoggiano l’uno all’altro • hanno raggiunto un equilibrio dei ruoli

Riguardo alle *caratteristiche personali* del medico internista, il gruppo di lavoro FADOI-SDA Bocconi ha definito alcune priorità relative alle diverse capacità di comportamento riprese dal modello delle competenze di McClelland [b] e al concetto di competenza, inteso nel senso di “caratteristica intrinseca individuale causalmente collegata a una performance efficace o superiore in una mansione o in una situazione e che è misurata sulla base di un criterio stabilito” [c]. Le capacità selezionate (emozionali, relazionali, gestionali, intellettuali e innovative), suddivise secondo diversi livelli, rappresentano il tratto integrante e consolidato della personalità di un individuo, in grado di predirne il comportamento in un’ampia gamma di situazioni e di compiti di lavoro, causando e predicendo, secondo criteri standard, i risultati positivi o negativi ottenibili e/o ottenuti (tabella 4).

Tra le capacità selezionate non emerge prepotentemente l’enfasi che la professione medica pone, o dovrebbe porre, su due comportamenti, complementari tra loro anche se diametralmente opposti: integrazione (lavoro di squadra) e specializzazione (autonomia di natura professionale). Infatti nella valutazione dei “professionals” dovrebbero essere considerate le capacità del singolo medico di aderire a un concetto di “interdipendenza professionale” nel contesto ospedaliero, in contrapposizione a una tentazione/propensione all’indipendenza/autonomia professionale che può anche tramutarsi e/o degenerare in autoreferenzialità (tabella 5).

L’esplicitazione dei valori fondanti il lavoro di team, quali possibili fattori di successo (“winning team”) per la singola équipe, è utile per la verifica di performance e l’audit di verifica, in base alle situazioni operative, alle risorse assegnate, ai processi concordati, ai risultati e alle relative difformità, al fine del raggiungimento degli obiettivi aziendali (fig. 2).

Il percorso di consenso per l’elaborazione della griglia finale

Il percorso seguito per la proposizione finale della griglia (fig. 3) è stato delineato con un metodo di tipo Delphi-Rand, che riconoscendo il valore dell’opinione, dell’esperienza e dell’intuizione degli esperti permette di usare l’informazione disponibile quando manca un univoco e pieno sapere scientifico [d].

Il percorso si è basato sulla presentazione, da parte del comitato dei 10 promotori, di una prima elaborazione di griglia al gruppo di 13 “supervisor esperti” che in maniera indipendente esprimevano un parere, integrando o modificando i contenuti della bozza ricevuta. Dopo tale revisione la griglia è stata presentata al gruppo di consenso (24 Direttori di Medicina Interna e 10 giovani internisti, suddivisi in tre sottogruppi), cui è stato chiesto di rivedere – per la parte a ciascun sottogruppo assegnata – tutto il lavoro, con

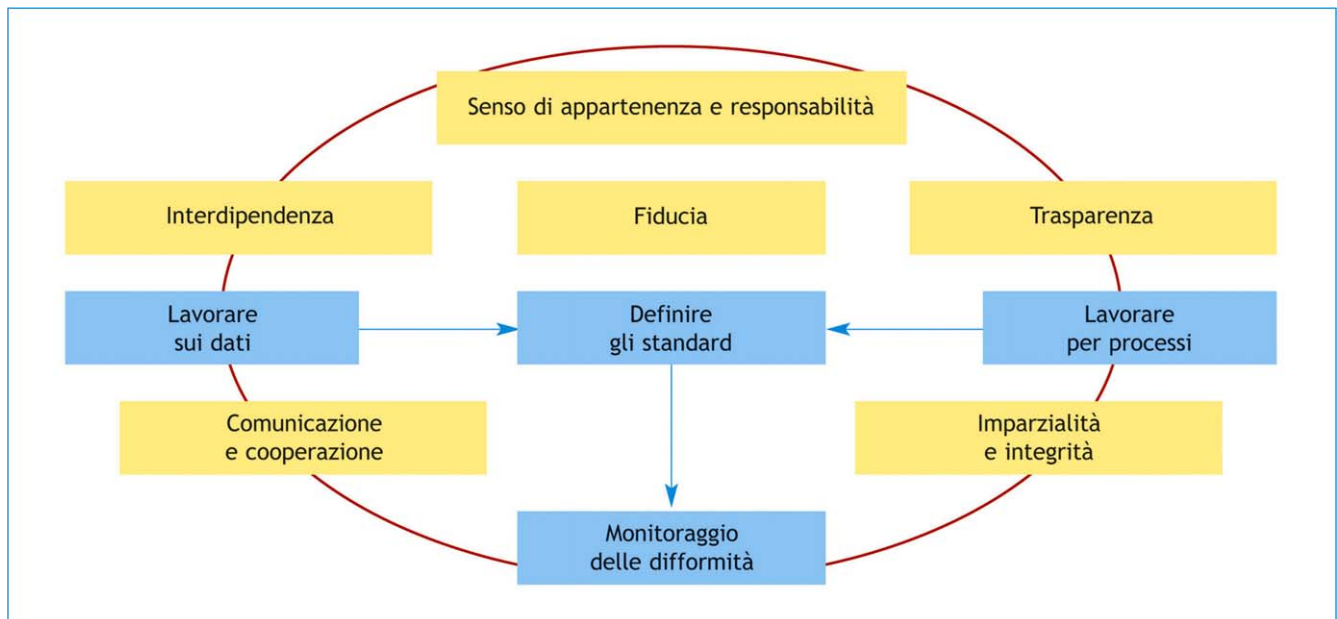


Figura 2 Valori fondanti e regole per l’équipe ai fini del raggiungimento di risultati di successo.

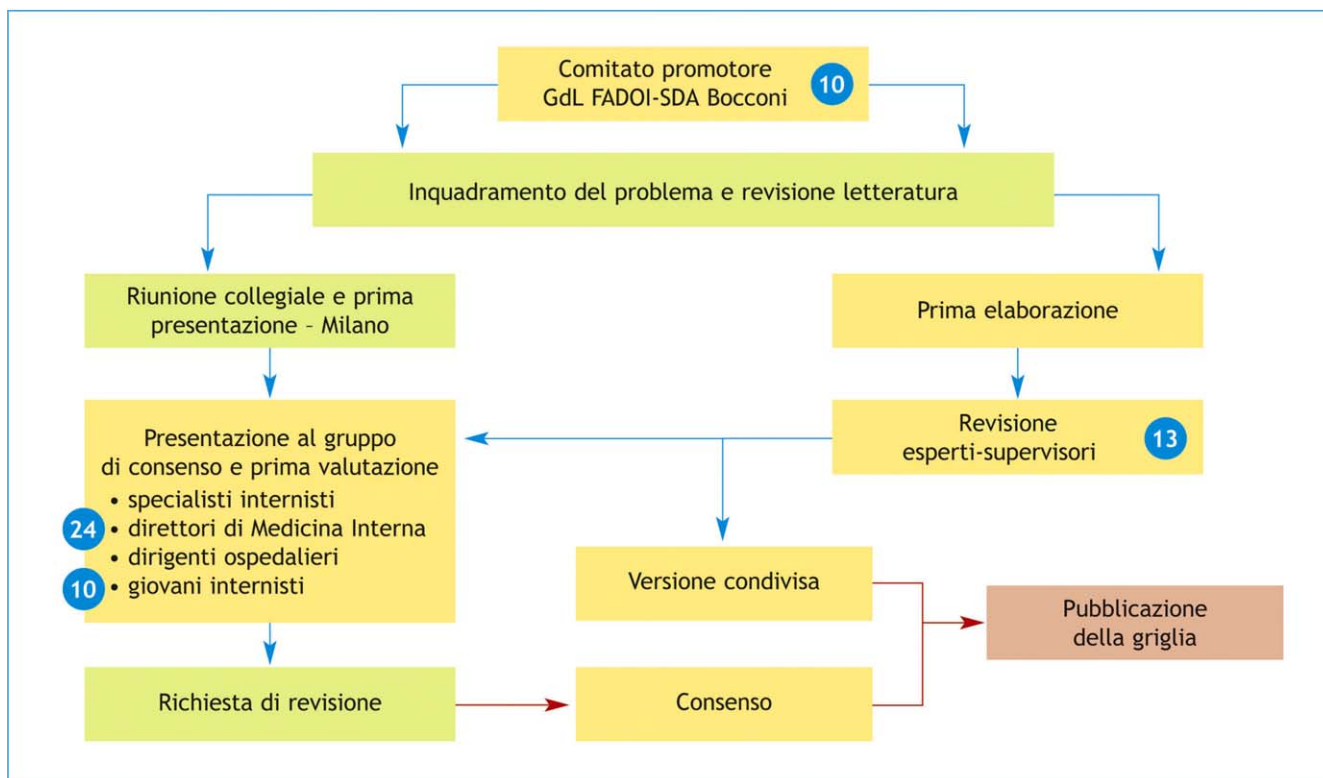


Figura 3 Metodo applicato al progetto FADOI-SDA Bocconi.

un'analisi critica improntata, per ogni singolo item, a tre possibili opzioni: *completo accordo*, *completo disaccordo*, *versione alternativa* (in tal caso era necessario specificare le proposizioni proposte). Alle risposte ottenute dal panel ha fatto seguito l'analisi in dettaglio delle opinioni (*punti di vista comuni o divergenti*, con le ragioni addotte, rispetto alla versione iniziale), un computo analitico della somma di opinioni e della convergenza condivisa e l'elaborazione della proposta definitiva.

L'obiettivo fondamentale, in sostanza, è stato quello di condividere il documento finale all'interno della FADOI, per poterlo successivamente presentare alle Istituzioni, alla

comunità medico-scientifica e ai cittadini come portatori di interessi.

Che cosa resta da fare

Definire le modalità di valutazione della clinical competence

In ambito clinico, diversi sono i metodi e gli strumenti proposti per la valutazione della competenza professionale (tabelle 6 e 7) [1–18]. Nella maggior parte dei casi si

Tabella 6 Basi e strumenti di valutazione della competenza professionale.

Base della valutazione	Note	Strumenti per la valutazione
Risultati (outcome)	La valutazione è problematica, troppi fattori influenzano i risultati e l'esito delle cure nel paziente, specie se complesso	<ul style="list-style-type: none"> • Cartelle cliniche • Dati amministrativi • Diari/registri
Processo/subprocesso di cura ^a	Si valuta l'aderenza del medico alle linee guida e/o ai percorsi diagnostico-terapeutici definiti come standard di assistenza nei processi/subprocessi di cura del paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Osservazione diretta • Audit clinico-organizzativi
Volume di attività	Si misurano le procedure effettuate	

^a Un processo può essere definito come un insieme di attività, organizzate fra loro secondo una logica temporale (cioè per fasi) e finalizzate a trasformare determinati input (materiali, informazioni, risorse ecc.) in output (prodotti, risultati); descrivere le attività lavorative come processi consente di coglierne la dimensione dinamica, vale a dire il loro accadere nel tempo. Un subprocesso può essere definito come un sottoinsieme di fasi/attività all'interno del processo più generale. Fonte: Norcini JJ. BMJ 2003;326(7392):753-5.

misurano le prestazioni in base alle modalità di lavoro, ovvero in riferimento al "processo". Effettuare misurazioni in base agli esiti di cura o al volume delle attività è più difficile e problematico [19,20].

A prescindere dalle modalità di valutazione che FADOI vorrà darsi fra le diverse opzioni disponibili, va ribadito che *la competenza professionale è contesto-dipendente*: conoscenze, abilità, attitudini del medico internista non sono uguali in tutte le realtà operative e le abilità richieste al singolo medico variano in relazione alle caratteristiche dell'organizzazione sanitaria e al contesto clinico in cui si trova a operare. Infatti, nei presidi ospedalieri di maggiori dimensioni e con una più completa articolazione delle aree specialistiche, la modulazione del case-mix nei reparti internistici tende prevalentemente a escludere i pazienti a più spiccata valenza specialistica, che vengono per lo più affidati a reparti con specifiche competenze, incidendo di conseguenza sul contenuto professionale dei singoli medici. Al contrario, negli ospedali di medie e/o piccole dimensioni, in assenza di strutture a valenza specialistica, le attitudini richieste al medico internista possono essere estese a competenze specialistiche altrimenti non disponibili in sede.

Ne consegue che la costruzione del portfolio (con la valutazione delle competenze professionali individuali) andrà adattata al contesto organizzativo e alle sue caratteristiche. Il percorso di sviluppo professionale del singolo dirigente medico dovrà fare obbligatoriamente riferimento a tali differenze e disomogeneità presenti nel Sistema Sanitario Nazionale, in modo da contestualizzare le azioni valutative in maniera coerente con la specifica realtà esistente.

Anche per questo motivo, sarà indispensabile programmare e realizzare un'estesa sperimentazione del sistema valutativo delle competenze cliniche in differenti realtà organizzative dislocate su tutto il territorio nazionale, al fine di verificare sul campo l'applicabilità e l'utilità del sistema proposto.

Definire il percorso di sviluppo professionale congruente con gli obiettivi formativi

Tra le "ragioni di esistere" di una società scientifica è inclusa quella di "fare formazione", auspicabilmente efficace, utile ai fini dello sviluppo della competenza professionale (fig. 4 [e]).

Tabella 7 Modalità di valutazione della competenza professionale.

Test di valutazione scritti (valutazione delle conoscenze)	Valutazione sul campo da parte di un supervisore
<ul style="list-style-type: none"> • Quiz a risposta multipla (vero-falso) • Il migliore di 5 quiz a risposta multipla • Accoppiamento su opzioni multiple • Prove su temi scritti: la composizione (redazione, dissertazione) consente di valutare sia le conoscenze sia le capacità di analisi, di sintesi e di espressione scritta • Risposte brevi a domande aperte • Key feature problems • Autovalutazione mediante check-list o questionari semiquantitativi 	<ul style="list-style-type: none"> • Prove cognitive e relazionali: <ul style="list-style-type: none"> • risoluzione e discussione di casi clinici • revisione di ricerche • revisione di incidenti critici • capacità didattica • per esplorare il ragionamento clinico su un paziente • per valutare le capacità di comunicazione e di interazione in un gruppo professionale • Prove gestuali: osservazione diretta nell'esecuzione di procedure: <ul style="list-style-type: none"> • per valutare la conoscenza, l'abilità pratica e procedurale e le attitudini del medico nell'interazione con il paziente. • Prove relazionali: gioco di ruolo (role play) <ul style="list-style-type: none"> • per valutare la gestione della tensione nervosa, la reattività, la capacità d'adattamento • Osservazione diretta "bed-side" o con simulazione a distanza/video o con controllo del processo di assistenza e cura mediante l'impiego di: <ul style="list-style-type: none"> • griglie di valutazione • liste di controllo • "blueprint" assessment • macro/microsimulazione, skill trainer
Prove pratiche (valutazione delle abilità): alcuni metodi proposti	
<ul style="list-style-type: none"> • OSCE^a • OSPE, OSVE, OSTE, OSLER ecc. • PACES^b 	
Valutazione di	Strumenti
Conoscenze	<ul style="list-style-type: none"> • Questionari a scelta multipla • Essay • Risposte brevi • OSCE

Tabella 7 (Continua)

Test di valutazione scritti (valutazione delle conoscenze)	Valutazione sul campo da parte di un supervisore
Abilità (skill), case management	<ul style="list-style-type: none"> • Osservazione diretta • Audit • Revisione di casi o case-based discussion • Simulazione • DOPS^c • Procedure-based assessment • Portfolio delle competenze individuali^d • Mini-CEX^e
Attitudini	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisione e reporting • Peer review strutturata o peer assessment tool • Osservazione diretta o con videoregistrazione • Qualità percepita

Note

^a L'Objective Structured Clinical Examination (OSCE, esame clinico strutturato e obiettivo) è un metodo di approccio per la valutazione obiettiva – pianificata e strutturata – della competenza clinica nelle sue diverse componenti. È, di fatto, uno schema organizzativo che permette di valutare diverse abilità attraverso prove standardizzate e oggettive. L'OSCE è stato ideato nel 1975 da Ronald Harden, presso l'Università scozzese di Dundee. Nel corso degli anni numerosi studi effettuati in molti Paesi hanno confermato l'obiettività, la validità e l'affidabilità di questo metodo nel valutare la competenza clinica degli studenti del corso di laurea in Medicina. L'OSCE si è poi sviluppato in particolare in quei Paesi in cui la formazione è a un livello avanzato (Canada, Stati Uniti, Regno Unito, Australia, Sudafrica). Con versioni modificate si è poi diffuso in altre professioni della salute quali infermieri, fisioterapisti, dietisti e tecnici di radiologia. Esso consta di un insieme di prove (stazioni); a ogni stazione, l'esaminando deve dimostrare ciò che è in grado di fare, di fronte a un paziente simulato o una situazione, piuttosto che rispondere a domande teoriche. Nell'OSCE i criteri di valutazione sono predefiniti per ciascuna delle stazioni da superare, corrispondenti a competenze cliniche specifiche e i giudizi vengono espressi ricorrendo a specifiche griglie di valutazione, preparate in anticipo, ad hoc, in funzione delle performance che devono essere esplorate. Nell'OSCE sono pertanto necessarie alcune fasi preliminari al processo di valutazione vero e proprio: a) la definizione delle "core competencies" da valutare; b) il disegno e lo sviluppo delle prove (stazioni); c) la pianificazione e l'organizzazione delle stazioni. Il numero delle stazioni è in funzione delle competenze che si intendono valutare, con un range compreso tra un minimo di 10 e un massimo di 25 stazioni. Il tempo a disposizione dell'esaminando è solitamente prestabilito e limitato, al massimo 10 minuti per le prove più complesse, sulla base del fatto che nelle situazioni reali il tempo è sempre limitato. All'OSCE si sono aggiunti altri strumenti di valutazione, che di fatto ne costituiscono varianti: OSLEP (Objective Structured Long Examination Record), OSPE (Objective Structured Practical Examination), OSVE (Objective Structured Video Examination), OSTE (Objective Structured Teaching Evaluation), OSPRE (Objective Structured Performance-Related Examination), OSSE (Objective Structured Selection Exam).

^b Il PACES fa parte del programma di esame in tre parti "Membership of the del Royal College of Physicians (MRCP UK)" effettuato dalla Federazione dei Medical Royal Colleges del Regno Unito (Londra, Edimburgo, Glasgow). Dopo due prove scritte con domande a scelta multipla, l'esame MRCP-PACES consiste nell'affrontare un "carosello" di 5 stazioni con verifica: 1) della capacità di esaminare il sistema respiratorio e l'addome; 2) della capacità di effettuare l'anamnesi; 3) dell'abilità nell'esaminare il sistema cardiovascolare e di eseguire un esame neurologico; 4) della capacità di comunicazione e di affrontare le questioni di etica medica; 5) dell'abilità nell'esaminare gli occhi, il sistema endocrino, il sistema locomotore e la cute.

^c L'osservazione diretta delle competenze procedurali (Directly Observed Procedural Skills, DOPS) consiste nell'osservazione e valutazione di un'abilità procedurale eseguita con un paziente reale. Le competenze procedurali (abilità tecniche o pratiche) valutate sulla base del DOPS variano da quelle relativamente semplici e comuni (come il prelievo venoso) fino alle più complesse (per esempio, colangiografia retrograda endoscopica). La valutazione viene effettuata da medico esperto utilizzando un elenco di item e compiti definiti, con un rating di graduazione (per esempio: sotto le aspettative, 1-2; borderline, 3; entro le aspettative, 4; al di sopra delle aspettative, 5-6).

^d Il portfolio è uno strumento proposto prevalentemente in ambito infermieristico. Costituisce la raccolta di dichiarazioni che dimostra la continua acquisizione di abilità, conoscenze, attitudini, la comprensione e i risultati ottenuti. In esso sono raccolte le evidenze, solitamente scritte, riguardanti il processo di apprendimento e attestanti il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo personale e professionale. Comprende non solamente il *curriculum vitae*, ma anche una griglia di autovalutazione e un piano di autoapprendimento per il perseguimento e/o il mantenimento delle competenze professionali.

^e Il Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX), introdotto originariamente dall'American Board of Internal Medicine, è un metodo di valutazione delle competenze essenziali, idonee a fornire una buona assistenza clinica. Esso valuta le competenze cliniche e professionali mediante l'osservazione diretta del medico nella sua interazione con un paziente in un incontro clinico. Le aree di competenza valutate includono: la capacità di costruire la storia clinica e di effettuare l'esame fisico, la professionalità, il giudizio clinico, la capacità di comunicazione, l'organizzazione/efficienza complessiva e la terapia. Fonti: Harden RM, et al. Br Med J 1975;1(5955):447-51; Harden RM. Med Teach 1988;10(1):19-22; Wass V, et al. Lancet 2001;357(9260):945-9; Schuwirth LW, et al. BMJ 2003;326(7390):643-5; Schuwirth LW, et al. Med Educ 2004;38(9):974-9; Chiantor L, et al. Tutor 2007;7(3):174-84. http://www.cse.it/riviste/Archivio_Tutor/2007/Tutoronline3.pdf; Smees S. BMJ 2003;326(7391):703-6; Weissman JS, et al. JAMA 2005;294(9):1058-67; Gome JJ, et al. Intern Med J 2008;38(4):249-53; Lenhard A, et al. J Gen Intern Med 2008;23(3):288-93; Curriculum europeo per la Medicina d'Emergenza. http://www.simeu.it/download/ct/Specializzazione/Curriculum_EuSEM_it.pdf; Wigton RS. Procedural Skills for Internal Medicine. New York, NY: Mosby, 1996; MRCP(UK) Examination and Specialty Certificate Examination website. <http://www.mrcpuk.org/Pages/Home.aspx>; Wigton RS. Ann Intern Med 1996;125(12):1003-4; Brown R. Portfolio development and profiling for nurses, 2nd Ed. Dinton: Quay, 1995; McMullan M, et al. J Adv Nurs 2003;41(3):283-94; Norcini JJ, et al. Ann Intern Med 2003;138(6):476-81.

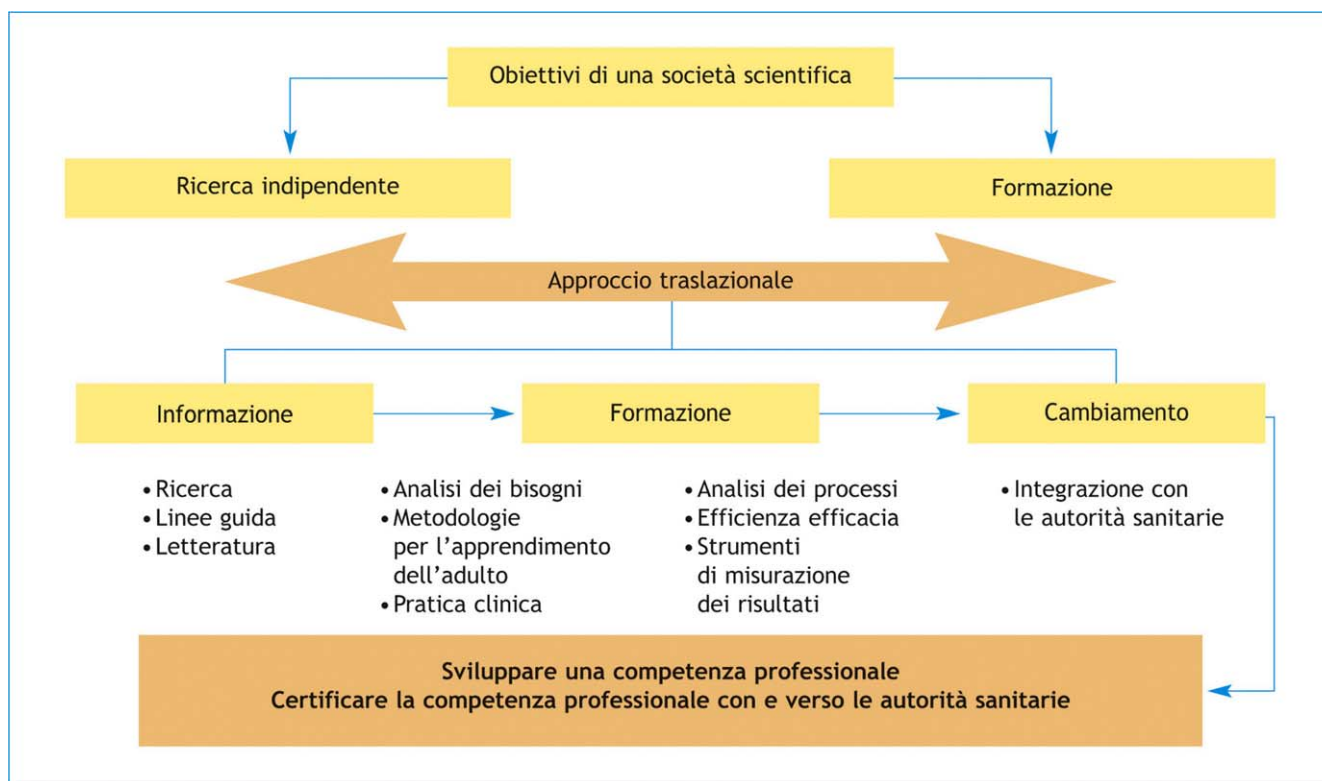


Figura 4 Obiettivi di una società scientifica.

In questo senso la griglia proposta ha l'implicito vantaggio di definire gli obiettivi formativi del medico internista ospedaliero. Sono esplicitati i contenuti di dettaglio, secondo una modulazione che può procedere per i diversi item in diversi ambiti nosologici (le "righe" della griglia) e per livelli differenziati crescenti (le "colonne"). Dovranno essere definiti i migliori strumenti didattici, le strategie e i contesti operativi

per progettare e realizzare le esperienze di insegnamento/apprendimento (lezioni magistrali, lezioni frontali con dibattito tra discenti ed esperti, tavole rotonde con dibattito, dimostrazioni tecniche, discussione di problemi o di casi didattici, filmati, questionari, flash di stimolo, esecuzione diretta/simulazione da parte dei partecipanti di attività pratiche o tecniche, role playing, lavoro in piccoli gruppi ecc.).

Tabella 8 Processi di verifica dei saperi professionali.

Valutazione	Processo mediante il quale si perviene all'attribuzione di un giudizio di valore rispetto alle competenze acquisite, possedute, esercitate
Validazione	Processo mediante il quale l'esperienza maturata dal professionista viene ricostruita, documentata e descritta in termini di competenze e successivamente messa a confronto con standard professionali istituzionalmente definiti
Accreditamento	Processo attraverso il quale un ente o un'istituzione pubblica o privata "mette in grado" una persona di dimostrare di possedere realmente le competenze dichiarate ovvero di accedere a una prova d'esame o di abilitazione di fronte a una commissione
Certificazione	Processo mediante il quale le competenze acquisite da una persona in contesti formali, informali o non formali sono verificate tramite prove specifiche, rapportate a standard professionali istituzionalmente definiti e riconosciuti pubblicamente: <ul style="list-style-type: none"> • certificazione finalizzata al riconoscimento di crediti formativi e professionali spendibili in più contesti a livello nazionale • esito di un percorso di "validazione" da parte di un ente/organismo chiamato a riconoscere legalmente e socialmente i "crediti" presentati • raggiunta a seguito di una verifica da parte di una commissione di esperti

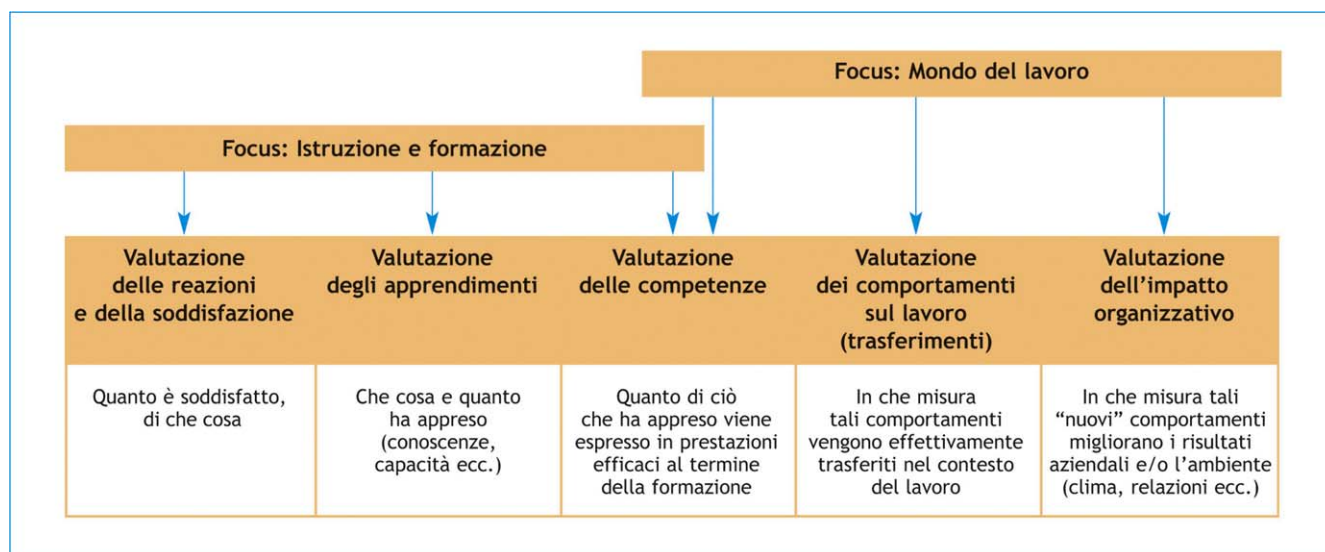


Figura 5 I cinque livelli della valutazione.

Definire il percorso di validazione e di certificazione

Il processo di valutazione si integra con altri elementi, rappresentati dalla validazione, dall'accreditamento e dalla certificazione (tabella 8).

È necessario distinguere la certificazione dalla valutazione dei risultati. La valutazione è l'espressione di un

giudizio che si fonda su elementi forniti dal processo di verifica, la quale, a sua volta, si fonda sugli esiti delle diverse misurazioni. La valutazione pertanto rappresenta l'esito di un itinerario complesso. La certificazione di una competenza, invece, è la rappresentazione di un saper fare intenzionale ed efficace raggiunto dal professionista in relazione al contesto. L'attestazione delle competenze, espressa nel portfolio, costituisce pertanto un valore

Tabella 9 Livelli di convenienza di un processo di valutazione professionale.

Vantaggi per il paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Trasparenza • Elementi oggettivi di valutazione • Superamento dell'autoreferenzialità
Vantaggi per il singolo medico	<ul style="list-style-type: none"> • Migliore identificazione e valorizzazione delle proprie competenze professionali • Autoanalisi dei propri punti di forza/punti di debolezza/ambiti di ulteriore sviluppo formativo/professionale • Superamento dell'autoreferenzialità • Elaborazione di un progetto professionale congruente e realistico, orientato a obiettivi specifici • (Ri)motivazione, (ri)orientamento, aumento dell'autostima/fiducia in sé (empowerment) • Supporto al trasferimento delle competenze acquisite (mobilità) • Ulteriore sviluppo della propria competenza (metacognizione) • Miglioramento della qualità dei curricula
Vantaggi per la formazione	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento qualitativo dell'offerta e della trasparenza formativa • Aumento dell'efficienza e dell'efficacia della formazione offerta • Personalizzazione/individualizzazione/modulazione degli interventi formativi • Riconoscimento di crediti (anche per "moduli" aggiuntivi)
Vantaggi per l'azienda sanitaria e la società	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizzazione delle risorse umane e migliore conoscenza degli individui • Migliore qualità professionale garantita ai cittadini e trasparenza • Ottimizzazione della gestione delle carriere • Maggiore efficacia/efficienza nei processi di selezione/incentivazione • Facilitazione del cambiamento • Facilitazione dell'adattamento delle persone alle evoluzioni organizzative • Selezione degli investimenti formativi

aggiunto rispetto alla valutazione individuale. La certificazione è importante in quanto utile a definire quanto e come mobilitare e valorizzare le proprie conoscenze, capacità, risorse personali per rispondere efficacemente (trovando un positivo punto di equilibrio tra sé e l'organizzazione) alle domande, aspettative, esigenze che il contesto di lavoro esprime. FADOI, in qualità di Società Scientifica accreditata come provider di formazione, può fin d'ora esercitare a pieno titolo un ruolo significativo nello sviluppo dell'apprendimento e delle conoscenze medico-scientifiche dell'internista; al contempo è auspicabile che sia coinvolta dagli Enti Istituzionali nell'accredimento dei diversi processi di valutazione, validazione e certificazione, con vantaggi evidenti per il singolo professionista, ma anche per la qualità della formazione e per il miglioramento del contesto assistenziale. (fig. 5, tabella 9).

Problemi aperti e conclusioni

È evidente che il lavoro svolto costituisce una premessa indispensabile, proprio perché è impossibile "accreditare" o "certificare" le competenze senza aver prima costruito un curriculum di riferimento standard. Gli assi definiti con la griglia proposta delle competenze (che, peraltro, dovrà essere sottoposta a "manutenzione" nel tempo) *costituiscono "il tessuto" per la costruzione di percorsi di apprendimento-formazione, orientati all'acquisizione delle competenze chiave dell'internista e per l'attivazione di un circolo virtuoso di miglioramento della pratica clinica.*

Il lavoro fin qui svolto è pertanto solo parziale e rappresenta esclusivamente l'inizio di un percorso lungo e complesso. È necessario attuare una *sperimentazione del modello valutativo* nel concreto delle strutture organizzative, al fine di verificarne l'applicabilità "in vivo", di affinare gli strumenti utilizzati e di correggere eventuali errori o omissioni.

Resta, comunque, l'impegno a superare la possibile discrepanza tra la "valutazione delle competenze" e la "programmazione per competenze". Le prossime sfide che ci attendono riguardano alcune problematiche ancora aperte, sulle quali sarà necessario, così com'è avvenuto per la condivisione della griglia delle competenze, trovare il più ampio consenso sia all'interno di FADOI sia con altri interlocutori istituzionali. I problemi ancora aperti sono numerosi, per esempio:

- la volontarietà (o meno) dell'accesso alla valutazione/certificazione;
- le modalità pratiche di valutazione;
- la graduazione degli apprendimenti/certificazione;
- gli standard minimi richiesti per la certificazione;
- i livelli di certificazione;
- le modalità di certificazione delle competenze;
- l'individuazione dei soggetti certificatori;
- il valore legale della certificazione;
- quando certificare e con quali scadenze;
- le implicazioni per lo sviluppo del percorso di carriera per il medico internista.

Le questioni da affrontare nel prossimo futuro sono, in sostanza, numerose e complesse. Con ulteriori critiche costruttive, proposte integrative e/o di emendamento e l'impegno di tutti, insieme, ce la faremo.

Legenda delle abbreviazioni e degli acronimi utilizzati nella griglia

ABCD-ABCD2: Age, Blood pressure, Clinical features, Duration of symptoms and Diabetes
 ABI (o ABPI) Index: Ankle Brachial (Pressure) Index
 ABPM: Ambulatory Blood Pressure Monitoring
 ACD: Anemia of Chronic Disease
 ACLS: Advanced Cardiovascular Life Support
 AD: Alzheimer Disease
 ADL: Activity Daily Living
 ADR: Adverse Drug Reaction
 APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation
 APR-DRG: All Patient Refined DRG
 APS: Acute Physiology Score
 ARDS: Acute Respiratory Distress Syndrome
 ASA: American Society of Anesthesiologists
 BAP: Bone-specific Alkaline Phosphatase
 BAL: Lavaggio Bronco-Alveolare
 BISAP: Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis
 BMD: Bone Mineral Density
 BNP: Brain Natriuretic Peptide
 BODE (Index): Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, Exercise Capacity Index
 BOOP: Bronchiolitis Obliterans Organizing Pneumonia
 BPCO: Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva
 BSA: Bedside Swallowing Assessment
 CAP: Community-Acquired Pneumonia
 CIN: Contrast Induced Nephropaty
 CDC Shock: Defibrillation and Cardioversion
 CJD: Jacob-Creutzfeldt Disease
 CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration
 CNS: Canadian Stroke Scale
 CSE: Cellule Staminali Emopoietiche
 CUS: Compression Ultrasonography
 CV: Cardio-Vascolare
 DFO: Deferoxamina
 DKA: Diabetic Ketacidosis
 DM: Diabete Mellito
 DNI: Diabetic Neuropathy Index
 DOPS: Direct Observation of Procedural Skills
 DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
 DXA: Dual-energy X-ray Absorbiometry
 EBM: Evidence Based Medicine
 EFIM: European Federation of Internal Medicine
 EHRA: European Heart Rythm Association
 EPO: Eritropoietina
 ERCP: Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography
 EUS: Endoscopic Ultrasonography
 EWSS: Early Warning Scoring System
 FANS: Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei
 FEV1: Forced Expiratory Volume in the 1st second
 FE VSx: Frazione di Eiezione Ventricolare Sinistra
 FIM: Functional Indipendency Measurement scale
 FRAX: (WHO) Fracture Risk Assessment Tool
 FUO: Fever of Unknown Origin
 GFR: Glomerular Filtration Rate
 GCS: Glasgow Coma Scale
 G-CSF: Granulocyte-Colony Stimulating Factor
 GM-CSF: Granulocyte Macrophage-Colony Stimulating Factor

GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease	OSSE: Objective Structured Selection Examination
GRACE: Global Registry of Acute Coronary Events	OSTE: Objective Structured Teaching Evaluation
HHS: Hyperosmolar Hyperglycaemic Syndrome	OSVE: Objective Structured Video Examination
HIT: Heparin Induced Thrombocytopenia	PA: Pancreatite Acuta
HIV: Human Immunodeficiency Virus	PACCS: Partial Anterior Circulation Stroke
HLA: Human Leukocyte Antigen	PACES: Practical Assessment of Clinical Examination Skills
IA: Ipertensione Arteriosa	PAD: Peripheral Arterial Disease
IADL: Instrumental Activity Daily Living	PC: Pancreatite Cronica
ICD: Implantable Cardioverter-Defibrillator	PCR: Proteina C Reattiva
IE: Ipertensione Essenziale	PEEP: Positive End-Expiratory Pressure
IMA: Infarto Miocardico Acuto	PET: Positron Emission Tomography
IMAO: Inibitori della Mono-Amino-Ossidasi	PICCS: Peripherally Inserted Central Catheters
IPSS: International Prognostic Scoring System	PICP: Procollagen Type I C-Terminal Peptide
IOT: Intubazione Oro-Tracheale	PINP: Procollagen Type I N-Terminal Propeptide
IRA: Insufficienza Renale Acuta	PM: Pace Maker
IRC: Insufficienza Renale Cronica	POCS: Posterior Circulation Stroke
IS: Ipertensione Secondaria	PQRST: Provocazione, Qualità, Regione colpita, Severità, Tempo-durata (metodo di valutazione del dolore)
LACS: Lacunar Stroke	PSI: Physiology Stability Index
LARN: Livelli di Assunzione giornalieri Raccomandati di energia e Nutrienti	PST: Papilla-Sfintero-Tomia
LEA: Livelli Essenziali di Assistenza	PURSUIT: Platelet glycoprotein IIb/IIIa in Unstable angina: Receptor Suppression Using Integrilin
LEC: Liquido Corporeo Extracellulare	QCT: Quantitative Computed Tomography
LES: Lupus Eritematoso Sistemico	QUS: Quantitative Ultra Sonografy
LIC: Liquido Corporeo Intracellulare	RANK: Receptor Activator of Nuclear factor Kappa B (TRANCE Receptor)
LOD: Logistic Organ Dysfunction system	RANKL: Receptor Activator of Nuclear factor Kappa-B Ligand
LVAD: Left Ventricular Assist Device	RFI: Renal Failure Index
MARDS: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale	RMN: Risonanza Magnetica Nucleare
MCD: Mild Cognitive Dysfunction	SAPS: Simplified Acute Physiology Score
MCQ: Multiple Choice Questionnaire	SCA: Sindrome Coronarica Acuta
MDRD: Modification of Diet in Renal Disease	SERMs: Selective Estrogen Receptor Modulators
MDS: Myelodysplastic Syndrome	SIRS: Systemic Inflammatory Response Syndrome
MEWS: Modified Early Warning Score	SNC: Sistema Nervoso Centrale
MID: Multi-Infarct Dementia	SOFA: Sepsis-related Organ Failure Assessment
MINI-CEX: Mini Clinical Evaluation Exercise	SPECT: Single Photon Emission Computed Tomography
MINI-PAT: Mini-Peer Assessment Tool	SSS: Scandinavian Stroke Scale
MMS: Mini Mental State	STEMI: ST Segment Elevation Myocardial Infarction
MOF: Multiple Organ Failure	TAB: Team Assessment Behaviour
MPM: Mortality Prediction Model	TACS: Total Anterior Circulation Stroke
MRCP: Magnetic Resonance Cholangio-Pancreatography	TAO: Terapia Anticoagulante Orale
MRCP-UK: Membership of the del Royal College of Physicians	TAP: Trypsin Activation Peptide
MRX: Morphometric X-ray Radiography	TC: Tomografia assiale Computerizzata
MSF: Multi-Source Feedback	TEE: Ecocardiografia Trans-Esofagea
MXA: Morphometric X-ray Absorptiometry	TEV: Tromboembolismo Venoso
NIEC: North Italian Endoscopic Club	TIA: Transient Ischemic Attack
NIH: National Institutes of Health	TIMI: Thrombolysis in Myocardial Infarction
NIHSS: NIH Stroke Scale	TIPS: Trans-jugular Intrahepatic Porto-systemic Shunt
NIV: Non Invasive Ventilation	TISS: Therapeutic Intervention Scoring System
NKF-KDOQI: US National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative	TSA: Tronchi Sovra-Aortici
NSTEMI: Non-ST Segment Elevation Myocardial Infarction	TVP: Trombosi Venosa Profonda
NYHA: New York Heart Association	VCI: Vena Cava Inferiore
OCSF: Oxfordshire Community Stroke Project	VD: Vascular Dementia
OPG (o OCIF): Osteoprotegerina (o Osteoclastogenesis Inhibitory Factor)	VEMS: Volume Espiratorio Massimo nel 1° Secondo
OSCE: Objective Structured Clinical Examination	VFG: Velocità di Filtrazione Glomerulare
OSLER: Objective Structured Long Examination Record	VINDICATE: Vascular, Infections, Nutrition, Drugs, Injury, Cardiac, Autoimmune, Tumors, Endocrine
OSPE: Objective Structured Practical Examination	WHVP: Wedged Hepatic Venous Portal gradient
OSPPE: Objective Structured Performance-Related Examination	WPSS: WHO classification-based Prognostic Scoring System

Validazione dei contenuti nei domini della griglia e analisi statistica

La validazione dei contenuti nei domini della griglia suddivisi per i tre livelli (professionalità di base, professionalità ottimale e competenza distintiva) è avvenuta sottoponendo la griglia stessa a un gruppo di verificatori esterni a quello degli estensori. A ciascun verificatore è stato chiesto di esprimere in maniera dicotomica (accordo/disaccordo) un giudizio su ogni singolo item. L'analisi statistica del livello di concordanza è stato eseguito mediante il test K di Cohen.

Il test K di Cohen stima l'accordo tra la valutazione di due osservatori che abbiano esaminato entrambi lo stesso fenomeno. Il valore 1 indica l'accordo perfetto, mentre il valore 0 indica che l'accordo potrebbe essere dovuto al caso. Il test statistico ha mostrato un livello di concordanza intraosservatori molto elevato ($K = 0,98$; $p < 0,0001$), confermando la validità degli item valutativi della griglia.

Bibliografia specifica

- [1] Norcini JJ. Work based assessment. *BMJ* 2003;326(7392):753–5.
- [2] Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J* 1975;1(5955):447–51.
- [3] Harden RM. What is an OSCE? *Med Teach* 1988;10(1):19–22.
- [4] Wass V, van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. *Lancet* 2001;357(9260):945–9.
- [5] Schuwirth LW, van der Vleuten CP. ABC of learning and teaching in medicine: Written assessment. *BMJ* 2003;326(7390):643–5.
- [6] Schuwirth LW, van der Vleuten CP. Different written assessment methods: what can be said about their strengths and weaknesses? *Med Educ* 2004;38(9):974–9.
- [7] Chiantor L, Dimonte V, Garrino L, Renga G. L'objective structured clinical examination: analisi della letteratura. *Tutor* 2007;7(3):174–84. http://www.cse.it/riviste/Archivio_Tutor/2007/Tutoronline3.pdf.
- [8] Smees S. Skill based assessment. *BMJ* 2003;326(7391):703–6.
- [9] Weissman JS, Betancourt J, Campbell EG, Park ER, Kim M, Clarridge B, et al. Resident physicians' preparedness to provide cross-cultural care. *JAMA* 2005;294(9):1058–67.
- [10] Gome JJ, Paltridge D, Inder WJ. Review of intern preparedness and education experiences in General Medicine. *Intern Med J* 2008;38(4):249–53.
- [11] Lenhard A, Moallem M, Marrie RA, Becker J, Garland A. An intervention to improve procedure education for internal medicine residents. *J Gen Intern Med* 2008;23(3):288–93.
- [12] Curriculum europeo per la Medicina d'Emergenza. Un documento della Task Force dell'EuSEM sul Curriculum approvato dal Council della Società Europea per la Medicina d'Emergenza e dalla Commissione Multidisciplinare in Medicina d'Emergenza della UEMS. http://www.simeu.it/download/ct/Specializzazione/Curriculum_EuSEM_it.pdf
- [13] Wigton RS. Procedural Skills for Internal Medicine: A new program to help internists build and assess clinical competence reference manual. New York, NY: Mosby; 1996.
- [14] MRCP(UK) Examination and Specialty Certificate Examination website. <http://www.mrcpuk.org/Pages/Home.aspx>
- [15] Wigton RS. Measuring procedural skills. *Ann Intern Med* 1996;125(12):1003–4.
- [16] Brown R. Portfolio development and profiling for nurses, 2nd Ed, Dinton: Quay; 1995.
- [17] McMullan M, Endacott R, Gray MA, Jasper M, Miller CM, Scholes J, et al. Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *J Adv Nurs* 2003;41(3):283–94.
- [18] Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med* 2003;138(6):476–81.
- [19] Associazione Italiana per la Formazione Manageriale. Glossario ASFOR. Rivista Associazione Italiana Formazione Manageriale 2006;XVIII(1 Suppl). http://www.asfor.it/sitonuovo/LETTERA%20ASFOR/Asfor_Glossario_2006.pdf
- [20] Bezzi C. Glossario della ricerca valutativa, Versione 5.1.1. 28 maggio 2009. <http://www.valutazione.it/PDF/Glossario.pdf>

Bibliografia generale

- [a] Bellis P. Progetto Minerva: origini, obiettivi, metodologie. In: *Medicina interna. Complessità e metodologia*. Torino: CSE, 2004.
- [b] McClelland DC. Testing for competence rather than for "intelligence". *Am Psychol* 1973;28(1):1–14.
- [c] Spencer LM, Spencer SM. *Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore*. Milano: Franco Angeli; 1995.
- [d] Dalkey N, Helmer O. An experimental application of the Delphi method: the use of experts. *Manag Sci* 1963;9(3):458–67.
- [e] Fontanella A. Presentazione del Dipartimento Formazione. Fondazione FADOL; Roma, 3 marzo 2010.