

ESPERIENZE

## La valutazione in situazione

**di Annarita Bionaz (1), Alfredo Diano (3), Patrizia Lalli (2), Stefania Lasciandare (1), Manuela Nuvolari (2), Roberta Oriani (1), Nives Paroli (2), Loredana Ronc (2)**

**(1) Tutor e docente Corso di Laurea in Infermieristica di Aosta**

**(2) Tutor Corso di Laurea in Infermieristica di Aosta**

**(3) Coordinatore didattico e docente Corso di Laurea in Infermieristica di Aosta**

**Corrispondenza: roriani@ausl.vda.it**

Il Corso di Laurea in Infermieristica (CLI) di Aosta sta sperimentando dall'anno accademico 2008-09 una nuova modalità di valutazione dell'esame di tirocinio, che nella nostra realtà viene sostenuto direttamente nel contesto clinico.

Precedentemente l'esame delle attività di tirocinio era costituito dalla simulazione di una prova a carattere cognitivo, relazionale, tecnico e organizzativo: la valutazione ottenuta dalla simulazione integrava la media delle valutazioni che lo studente otteneva nei tirocini clinici.

L'esigenza di questa nuova formula nasceva da alcune considerazioni:

1. gli studenti riferivano un esame poco congruente con l'esperienza che affrontavano in tirocinio;
2. i commissari di esame rilevavano che non sempre la performance in tirocinio corrispondeva con quella in simulazione.

Per ridurre il gap tra la valutazione in ambito simulato e quella ottenuta in tirocinio, il gruppo tutor ha deciso di trasferire l'esame nelle sedi cliniche.

L'obiettivo di questo articolo è descrivere la nostra esperienza di introduzione dell'esame in ambito clinico.

### **Descrizione del contesto**

Il CLI di Aosta è una sede distaccata dell'Università degli Studi di Torino, con una media annua di 80 studenti che svolgono il proprio tirocinio in nove sedi didattiche ospedaliere e extra ospedaliere, ove per sedi didattiche si intendono servizi che accolgono gli studenti infermieri. In ogni sede didattica si occupano dell'apprendimento degli studenti sia gli infermieri guide di tirocinio, sia un tutor clinico destinato in via esclusiva alle attività con gli studenti e che fa parte dell'organico della struttura complessa a cui afferisce il CLI.

L'organizzazione dei tirocini prevede due esperienze per ogni anno di corso, anche se con l'introduzione del piano di studi modificato dalla L. 270 il primo anno svolge attualmente un solo tirocinio. Ciascuna sede didattica accoglie in media da un minimo di 2 a un massimo di 6 studenti per anno di corso. Al termine di ogni esperienza il tutor clinico, in collaborazione con gli infermieri guida di tirocinio, effettua la certificazione del raggiungimento degli obiettivi definiti da uno strumento valutativo.

## Revisione della letteratura

La valutazione delle competenze infermieristiche si effettua attraverso varie metodologie (Buldone et al., 2006) ma sicuramente l'esame clinico *Objective Structured Clinical Examination* clinico (OSCE) è quello che maggiormente viene utilizzato dai formatori per esaminare le performance raggiunte dagli studenti al termine del tirocinio.

Fin dagli anni Settanta l'OSCE, proposto da Harden et al (1975), è divenuto punto di riferimento per la valutazione delle competenze cliniche. L'OSCE, ovvero la valutazione obiettiva strutturata delle competenze cliniche, richiede ad ogni studente di dimostrare competenze specifiche e comportamenti in un ambiente di lavoro simulato con situazioni standardizzate. In genere è costituito da un circuito o una serie di compiti di valutazione breve (stazioni), ognuno dei quali è valutato da un esaminatore mediante uno schema predeterminato. L'OSCE si è consolidato come metodo di valutazione nella formazione medica e viene sempre più utilizzato come un metodo di valutazione anche nel contesto infermieristico.

L'OSCE si concentra sulla valutazione delle performance di competenze specifiche in un ambiente controllato: tali procedure standardizzate garantiscono obiettività e affidabilità nella valutazione. E' necessario segnalare che attualmente vi è una vasta gamma di adattamenti dell'OSCE che vanno dalla valutazione tecnica a quella delle componenti intellettuali e/o all'integrazione di una gamma di competenze e conoscenze che però determinano incongruenze nell'affidabilità del metodo (Mitchell M. et al., 2009).

Per garantire l'affidabilità e la validità di contenuto dell'OSCE, una raccomandazione presente in letteratura è quella di includere un numero maggiore di stazioni brevi (circa 5).

Come si evince da un esame attento della letteratura, nell'OSCE si riscontrano oggi vari limiti:

- replica la competenza acquisita in un contesto clinico, che è dinamico, in un esame standardizzato: ciò risulta estremamente complesso (Benner, 1984). Inoltre le competenze che richiedono un giudizio professionale integrato risultano frammentate nel breve tempo in cui lo studente ruota nelle singole stazioni;
- valuta le abilità di pensiero critico (problem solving, pensiero clinico decisionale) in un contesto valutativo simulato, ove non si considerano le esigenze e i vincoli organizzativi (Benner, 1984). Se nell'OSCE viene proposta una valutazione clinica standardizzata, si impedisce la previsione di una miriade di contesti culturali, economici e sociopolitici che esistono all'interno dell'attuale contesto della professione infermieristica (McGrath et al., 2006). In altre parole, il livello di competenza nel pensiero critico valutato da un OSCE è improbabile che rifletta pienamente la capacità dello studente di applicare con competenza il ragionamento critico in ambito clinico reale;
- valuta le abilità etiche in modo poco attendibile;
- valuta la presenza di comportamenti relazionali e comunicativi che l'esame ha la propensione ad influenzare. Il sociologo Goffman osserva che quando l'accento è posto sulle prestazioni di un'interazione sociale, come ad esempio assicurare il comfort psicologico al paziente attraverso una comunicazione efficace e una capacità interpersonale, gli individui diventano abili ad alterare le proprie prestazioni per dimostrare la propria competenza, ovvero il contesto di esame può incoraggiare l'individuo a comportarsi in modo socialmente desiderabile.

Inoltre lo studente può comportarsi diversamente in una situazione clinica simulata rispetto al contesto reale.

Queste argomentazioni e le notevoli risorse umane e tecniche richieste per strutturare, organizzare ed attuare un esame OSCE, hanno portato il nostro gruppo tutoriale a ripensare ad una modalità di

valutazione di tirocinio che realmente rispecchiasse il percorso di apprendimento pratico dello studente.

### La nostra esperienza

In relazione alle osservazioni precedentemente esposte, il gruppo di formatori del CLI di Aosta da circa cinque anni effettua la valutazione delle competenze acquisite dallo studente in tirocinio direttamente nel contesto clinico: lo studente assiste un gruppo di utenti che gli vengono assegnati dal tutor clinico e la sua performance viene valutata direttamente “al letto” del malato. Le competenze richieste sono quelle *core* provenienti dal profilo professionale. In particolare le aree oggetto di valutazione sono:

- l’area cognitiva;
- l’area tecnica;
- l’area relazionale;
- l’area organizzativa.

*Area cognitiva* - allo studente viene richiesto un ragionamento clinico sugli indizi raccolti, le ipotesi formulate e i bisogni di assistenza infermieristica identificati. La performance viene valutata da una commissione composta da infermieri, tutor e coordinatore infermieristico. Per garantire una valutazione equa sono stati stabiliti dei criteri che prevedono gli standard di ragionamento (logica, profondità, terminologia scientifica, precisione, veridicità, apertura mentale) e la correttezza dei contenuti assistenziali e clinici (Wilkinson, 2013). Nella **Tabella 1** viene proposto un esempio.

Tabella 1 - Standard di ragionamento			
STANDARD DI RAGIONAMENTO	LIVELLO PIENO (buono)	LIVELLO ADEGUATO (sufficiente)	LIVELLO PARZIALE (insufficiente)
<b>VERIDICITÀ</b>	Si	In parte	No
<b>PRECISIONE</b> (l’affermazione fornisce dettagli qualitativi e quantitativi utili al caso presentato)	Si	In parte	No
<b>APERTURA MENTALE</b> (l’affermazione considera un altro punto di vista /altro modo di considerare un problema)	Si	In parte	No

*Area tecnica* - durante l’assistenza ai pazienti a lui assegnati, le capacità tecniche dello studente vengono valutate dall’infermiere guida di tirocinio, attraverso l’uso di check list. Le tecniche variano in relazione all’anno di corso: ad esempio al primo anno di corso il prelievo ematochimico, al secondo anno medicazioni di ferite complesse, al terzo anno gestione CVC e linee infusive, gestione presidi di ventilazione meccanica invasiva e non invasiva.

*Area relazionale* - la valutazione è riferita alla relazione con l’utente e la sua famiglia e con il gruppo di lavoro. Nel primo caso lo studente si relaziona con la persona assistita e con la sua

famiglia fornendo informazioni e supporto nei momenti di difficoltà. Inoltre lo studente viene valutato rispetto alla sua capacità di interagire con il gruppo di lavoro (assertività, collaborazione, resilienza). La valutazione di quest'area avviene con l'ausilio di griglie di osservazione costruite ad hoc e sperimentate dai tutor. Nella **Tabella 2** viene riportato un esempio rispetto all'interazione con il gruppo di lavoro.

**Tabella 2 - Esempio degli item della dimensione Assertività**

OBIETTIVO INTERMEDIO	GESTIRE IL PROPRIO LAVORO NELL'AMBITO DEL SERVIZIO IN CUI SI OPERA
OBIETTIVO SPECIFICO	INTRAPRENDERE E/O MANTENERE L'INTERAZIONE CON IL GRUPPO DI LAVORO

**ASSERTIVITA'**

**CRITERI**

Ascolta il punto di vista dell'équipe formativa (capacità di sospendere il giudizio, di stare in attesa)

Si assume la responsabilità delle proprie azioni professionali

Afferma il suo punto di vista in modo diretto all'équipe formativa

Coglie i feed back e rimodula la comunicazione con l'équipe formativa

Comunica in modo trasparente: utilizza le informazioni di cui dispone con chiarezza e pertinenza

Comunica in modo pragmatico: privilegia i fatti e i dati, utilizza diversi punti di vista e interpretazioni per capire un problema

Comunica in modo efficace: è coerente con il momento, il linguaggio e i modi sono adeguati

**SI NO**

*Area organizzativa* - allo studente è richiesto di organizzare i percorsi diagnostici e terapeutici specifici per ciascun utente tra quelli a lui assegnati, utilizzando le risorse disponibili e identificando le priorità. Al terzo anno allo studente viene richiesto di dimostrare di saper affidare alcune prestazioni assistenziali al personale di supporto.

La valutazione viene certificata su uno strumento cartaceo, che ricomprende le varie aree, con l'assegnazione di punteggi parziali. La sufficienza in ciascuna area è determinata da un cut off. Ad esempio al primo anno:

- l'area cognitiva prevede 9 punti (cut off 5);
- l'area tecnica prevede 8 punti (cut off 5);
- l'area relazionale prevede 9 punti (cut off 5);
- l'area organizzativa prevede 4 punti (cut off 3).

Per conseguire l'idoneità lo studente deve raggiungere il cut off di tutte le aree.

La valutazione finale tiene conto dell'andamento globale del tirocinio con decurtazione o implementazione di punti.

La valutazione annuale di tirocinio è frutto della media degli esami svolti nel contesto clinico.

### **Conclusioni**

La valutazione accompagna il processo di apprendimento e dovrebbe essere occasione di feed back per favorire la crescita e il miglioramento. Non bisogna dimenticare che il percorso di formazione nell'ambito dei CLI è rivolta ad adulti, ove il risultato viene stimato in termini di competenze: la valutazione si dovrebbe quindi collocare "in situazione", ovvero nel contesto clinico.

Inoltre la valutazione rivolta alla certificazione delle competenze e al riconoscimento dei crediti deve fare riferimento a livelli di acquisizione codificati, ossia oggettivi. Nella nostra esperienza abbiamo cercato di realizzare, seppur con limiti, una stima oggettiva nel contesto clinico reale ove lo studente possa esprimere al meglio le proprie performance.

A nostro parere, tale tipologia di esame ha consentito di:

- verificare la competenza acquisita in un contesto clinico che è dinamico, a differenza di un esame standardizzato;
- valutare pienamente la capacità dello studente di applicare con competenza il ragionamento critico in ambito clinico reale, ove i contesti culturali e sociali sono diversi;
- stimare le competenze relazionali con il paziente, la famiglia e il gruppo di lavoro, evitando di incoraggiare, come molte volte avviene in esame a stazioni, un comportamento socialmente desiderabile.

Concludendo è necessario comunque sottolineare che la valutazione è comunque un processo complesso, influenzato da molte variabili anche quando avviene "in situazione": come sostiene Alberto Quagliata: "l'espressione di un giudizio e la formulazione di una valutazione sono sempre il risultato di successive approssimazioni".

### **BIBLIOGRAFIA**

- Benner, P., (1984). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Nursing Practice*. Addison-Wesley, Menlo Park.
- Harden R.M. et al (1975), *Assessment of clinical competence using objective structured examination*, Br Med J, 1: 447 - 451.
- McGrath, P., Moxham, L., Fox-Young, S., Anastasi, J., Gorman, D., Tollefson, J., (2006). *Collaborative voices: reflections on ongoing issues regarding nurse competencies*. Contemporary Nurse 22 (1), 46-58.
- Mitchell, M., Henderson, A., Groves, M., Dalton, M., Nulty, D. (2009) *The objective structured clinical examination (OSCE): optimising its value in the undergraduate nursing curriculum*. Nurse Education Today 29, 398-404.
- Wilkinson, J.M.(2013) *Processo infermieristico e pensiero critico*. Casa Editrice Ambrosiana.