

Nuovi strumenti didattici. "Insegnamolo Strano"  
Ateliern.80, 2018, pp. 3577-3583, DOI:  
10.4487/medchir2018-80-2

[quaderni-conferenze-medicina.it/nuovi-strumenti-didattici-insegnamolo-strano-atelier/](http://quaderni-conferenze-medicina.it/nuovi-strumenti-didattici-insegnamolo-strano-atelier/)

Dicembre  
2018

## MEDICINA E CHIRURGIA

Journal of Italian Medical Education - JIME

Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

ISSN: 2279-7068

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

### Abstract

*The article describes the ideas discussed during the labs organized by the Educational Team at the 131 CPPCLMMC Conference. The educational issues discussed during the three ateliers were: flipped classroom, video use in medical education and medical humanities. These three areas can be seen as prototypical examples of students centred teaching strategies. As result of the groups activities, the positive role of active and cooperative learning, the relevance of the faculty for identify the educational goals and related didactic strategies, the role of medical humanities in fostering a patient-centred doctor, was pointed out.*

**Key words:** FLIPPED CLASSROOM, VIDEO, TECHNO-LOGY ENHANCED LEARNING, MEDICAL HUMANITIES

### Articolo

Nel corso della 131a Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM in Medicina e Chirurgia che si è svolta a Salerno, è stato attivato un Miniatelier di presentazione e riflessione su alcune metodologie didattiche innovative. Tre sono state le aree affrontate dai laboratori attivati nel pomeriggio del 19 ottobre: l'implementazione della flipped classroom, l'utilizzo delle videoregistrazioni e la didattica delle medical humanities. Sono state scelte metodologie e approcci didattici per un insegnamento centrato sullo studente, tale da consentire a studenti con stili cognitivi differenti, di venire sollecitati ad apprendere oltre la lezione frontale. Come di consueto ogni laboratorio è stato preceduto da una breve introduzione sui contenuti, seguita da un'attività a piccolo gruppo di circa un'ora e mezza, con l'obiettivo di definire – a partire dalle quattro

dimensioni del perché, quando, cosa e come – alcune modalità per implementare nei corsi di laurea le metodologie in oggetto. Al termine dei lavori la sintesi dei punti essenziali discussi in piccolo gruppo ha costituito il take-home-message della giornata.

Il filo rosso che ha accompagnato il lavoro riflessivo dei gruppi è la necessità che ogni intervento venga implementato in modo saldamente integrato in tutto il processo della formazione e costantemente ancorato agli obiettivi di apprendimento, alla pratica riflessiva e alla motivazione degli studenti: la conoscenza non può che svilupparsi in stretta interazione con la comunità di pratiche in cui essa avviene (Bullock, de Jong, 2014). È il passaggio dalla metafora dell'apprendimento come acquisizione di conoscenze a quella dell'apprendimento come processo partecipativo in cui l'apprendimento è pensato come un fluire dinamico che avviene tra persone che condividono legami (Sfard, 1998).

## **Per un modello praticabile di “flipped classroom” nei corsi di laurea in Medicina**

*Fabrizio Consorti (Sapienza di Roma e SIPeM), Bruno Moncharmont (Molise) e Linda Vignozzi (Firenze) moderatori-rapporteur – Laboratorio 1*

Il mondo accademico italiano – e i corsi di laurea in Medicina in particolare – sono sollecitati in misura sempre maggiore ad adottare strategie formative che incentivino la pro-attività dei discenti, nell'ottica di giungere ad esiti direttamente professionalizzanti, benché commisurati al livello lecitamente verosimile al termine del percorso di laurea. Sarà la formazione post-laurea a completare la professionalizzazione dei nuovi medici, ma questo processo sarà tanto più efficace quanto più potrà agire su neolaureati già abituati ad analizzare efficacemente problemi e a cercare autonomamente le soluzioni.

In quest'ottica è un vero spreco utilizzare tutte le ore di didattica formale frontale (aula grande e piccoli gruppi) solo per “trasmettere” ciò che è già scritto sui libri. L'approccio di flipped classroom consente di usare in modo efficiente una certa quantità di ore di didattica frontale per sollecitare gli studenti ad assumere un ruolo attivo, formare in maniera guidata l'attitudine al pensiero logico e facilitare il passaggio della teoria all'utilizzo pratico di problem solving.

Lo scopo di questa Introduzione è di ricapitolare brevemente la metodologia della flipped classroom e di fornire l'indicazione di alcune criticità per l'implementazione, a partire da un'esperienza concreta vissuta (Consorti, Mingarelli 2018).

### **A. Come si attua in 4 passi**

Il primo passo indispensabile è identificare gli obiettivi pertinenti, che devono necessariamente essere del tipo “Interpretare”, “riconoscere” o “correlare”, se non di livello ancora più alto come “diagnosticare” o “prescrivere ..”. Tutti questi tipi di obiettivi riconoscono come pre-requisiti il possesso di conoscenza, quindi la capacità di “descrivere..” o “elencare..” o “illustrare ..”.

Il secondo passo è la predisposizione del materiale di studio, che può consistere in

schede sintetiche o in videoregistrazioni di brevi lezioni. Il materiale è distribuito per via elettronica qualche giorno prima della lezione.

Il terzo passo è la realizzazione delle attività d'aula. E' bene cominciare con un'attività di valutazione rapida della comprensione dei materiali di studio distribuiti, attraverso una breve batteria di domande (a scelta multipla, vero/falso, ad incrocio), accompagnate eventualmente da un mini-ripasso in 2-3 slide dei temi che risultano essere più deboli. La valutazione va eseguita attraverso dispositivi di voto d'aula, facilmente realizzabile oggi con app dedicate per smartphone, come Socrative o Kahoot.

Si passa quindi alle attività di applicazione della conoscenza, da realizzarsi preferibilmente in piccolo gruppo. E' possibile organizzare piccoli gruppi anche in aula grande, associando 3+3 studenti seduti contigui su due file di banchi (Lochner 2018). Le attività devono consistere in situazioni da interpretare, semplici problemi da analizzare o di cui proporre una soluzione possibile (Dipace, Loperfi-do 2018).

Il quarto passo sono le attività dopo la lezione. Possono a questo punto utilmente essere indicate le pagine di manuale da studiare per approfondire gli argomenti o essere assegnati ulteriori esercizi da effettuare online su piattaforma di e-learning, a rinforzo di quanto fatto in classe.

### ***B. Suggestioni per l'implementazione***

La durata della lezione non può essere inferiore alle due ore, tempo minimo per sviluppare le attività suggerite e lasciar spazio a domande e discussione, che sono molto più probabili con l'approccio flipped che con la lezione tradizionale. La valutazione finale del corso deve essere chiaramente orientata alle attività svolte, che si configurano perciò come una serie di valutazioni formative in itinere. Questo aspetto dev'essere chiaramente indicato a inizio corso, per fugare i timori che sia tutto un gioco e poi l'esame sarà altra cosa. In (Persky, McLau-ghlin, 2017) e (Chen, Lui, Martinelli, 2017) potete trovare una sintesi aggiornata di metodo e efficacia della flipped classroom.

### ***C. Esperienza nel laboratorio della flipped classroom***

Nella seduta di lavoro di gruppo a tema, i tre gruppi avevano il mandato di progettare un'attività formativa in modalità flipped classroom nell'ambito di un corso di laurea in medicina seguendo la prevista organizzazione nei 4 step sopracitati.

Un primo gruppo ha progettato un evento con simulazione di pazienti a diversi livelli di "challenge". In questo approccio si sono riconosciuti degli obiettivi formativi di tipo interpretativo e decisionale, finalizzati al potenziamento della riflessione e dell'analisi critica. Questo scenario, puntando all'assunzione di un ruolo attivo da parte degli studenti necessario in questa tipologia di simulazione, ha presentato una chiara criticità dovuta alla scarsa interazione tra i gruppi di studenti.

Il secondo gruppo, ha progettato un evento formativo con la suddivisione della classe in 4 piccoli gruppi, ognuno con un proprio obiettivo formativo, prevedendo anche la correzione tra pari. Questa tipologia di flipped-classroom collegata ad un approccio di team-based learning, ha presentato la criticità di non definire in maniera chiara il ruolo del docente nella classe, accentuando il rischio di una formazione non guidata.

Nel terzo gruppo si è invece progettata un'attività preventiva a distanza, con un multiple choice questionnaire (MCQ) di verifica iniziale, da effettuarsi in classe, seguito da una correzione e discussione in aula con studenti che hanno dato risposte errate. A seguire poi la classe sarebbe stata organizzata in lavori di gruppo su casi clinici con valutazione tra pari e debriefing finale da parte del docente. Tale modalità presentava due criticità maggiori: i) la riduzione sia del tempo di studio a casa che, di fatto, anche di quello in aula; ii) la focalizzazione sullo studente che aveva dato risposte errate nel questionario di valutazione.

### **Le videoregistrazioni e le griglie di osservazione.**

*Maria Grazia Strepparava (Milano Bicocca) esperta, Isabella Barajon (Milano Humanitas) e Carlo Della Rocca (Roma Sapienza) moderatori-rapporteur - Laboratorio 2*

Lo sviluppo tecnologico ha aperto prospettive interessanti per l'implementazione della didattica: dalle piattaforme per l'e-learning, ai vari tipi di social, passando per la agilità con cui oggi possiamo creare video ad alta definizione con uno smartphone. E' l'area che viene definita TEL Technology Enhanced Learning, i cui confini e caratteristiche pedagogiche sono oggetto di un ampio e articolato dibattito tra gli esperti (Bullock, de Jong, 2014), che ha generato innumerevoli lavori di ricerca. Gli articoli che studiano l'utilizzo dei nuovi media in ambito educativo è triplicato tra il 2000 e il 2012 (Giannakos, 2013), sono state pubblicate svariate revisioni di letteratura e metanalisi sull'efficacia didattica delle video registrazioni, sia per quanto riguarda la Medical Education in generale (Forbes et. al 2016), sia più specificatamente con gli studenti di medicina (Ahmet et al 2018). Per identificare attività e ambiti formativi in cui le video registrazioni potenziano la normale attività didattica, dobbiamo ragionare su tre dimensioni: tipi di video, contenuti dei video e modalità d'uso.

Le categorie di video che possiamo utilizzare in Medical Education presentano diversi punti di forza e di criticità, abbiamo infatti:

Video registrazioni dirette delle lezioni effettuate in una data sede, in cui il docente/esercitatore viene filmato mentre insegna. L'attività didattica può essere esplicitamente predisposta per la registrazione, quindi senza pubblico e interruzioni, oppure viene registrato tutto ciò che avviene in aula, comprese le interazioni del docente con gli studenti (lecture capture), non è necessaria una tecnologia sofisticata né in fase di registrazione né in fase di riproduzione.

Video registrazioni disponibili sul web, liberamente attingibili o a pagamento, suddivise in tre grandi categorie (Chen, Wu, 2015):

*a. lecture capture*, come sopra descritte; l'impatto didattico di questo tipo di video è il risultato dell'interazione tra i contenuti specifici, l'efficacia comunicativa del parlante, la presenza di fattori di disturbo quali i rumori di fondo o le interferenze degli aspetti paraverbali che accompagnano il parlato: nel corso di una interazione in vivo tendono a scomparire sullo sfondo per effetto dei meccanismi di attenzione selettiva, ma vengono amplificati in video.

*b. voice over presentation*, presentazioni ani-mate, accompagnate da una voce narrante, nelle quali può essere presente anche una finestra riassuntiva della lista dei contenuti. Manca completamente la dimensione interattiva della lezione, favorendo la distraibilità dell'utente.

*c. picture in picture*, una presentazione filmicamente complessa, in cui il parlante è sovrapposto alle slide, integrate da articolati effetti di animazione, possibili solo con un complesso e costoso processo di post-produzione. Viene generato un prodotto estremamente efficace perché stimola contemporaneamente i diversi canali sensoriali, favorisce l'integrazione cognitiva, mantiene viva l'attenzione, stimola l'attivazione emotiva.

Video prodotti dagli stessi studenti, durante la lezione o esercitazione (es. role-play) e oggetto di analisi durante la lezione o in quella successiva, utili soprattutto quando l'attività didattica verte sull'acquisizione di specifiche abilità pratiche; tali video richiedono la presenza di tutori esperti e ben formati per fornire immediatamente agli studenti i feedback più appropriati e/o effettuare una valutazione delle competenze acquisite.

Un secondo aspetto concerne le **modalità di uso** delle videoregistrazioni: presentazione in aula e fruizione durante le lezioni o nelle esercitazioni a piccolo gruppo; video caricati su una piattaforma (tipo moodle), con accessibilità continua, per un tempo illimitato; video fruibili secondo modalità e regole di accesso predefinite dal docente; modalità blended learning: attività integrata mediata dal computer e/o sistemi mobili, ad esempio quando il docente utilizza un video come lancio per un forum di discussione

Accanto ai video che sono la registrazione di lezioni, conferenze o seminari, vi sono video didattici su specifici **contenuti relativi alle abilità pratiche**: procedure mediche o chirurgiche a differente grado di complessità, ma anche aspetti relativi alla comunicazione medico-paziente: tutti contenuti relativi all'acquisizione di specifiche competenze pratiche. Si tratta di prodotti didattici che richiedono un'attenta preparazione: dalla scelta del livello di definizione molecolare della procedura/abilità, alla costruzione delle procedure di codifica dell'analisi del video, così da lasciare il minor spazio possibile all'arbitrarietà dell'osservatore nella valutazione delle azioni che vengono osservate.

Sia che il video sia usato come stimolo per innescare l'apprendimento o che venga usato come mezzo per verificare l'apprendimento, è essenziale prevedere una valutazione pre-post dello studente, valutazione che deve fornire una misura non solo del grado di

conoscenza/competenza acquisita dallo studente, ma costituire anche una autovalutazione dello studente della fiducia che ha nella propria competenza. Le griglie di valutazione dell'acquisizione di specifiche abilità pratiche devono essere costruite calibrando con attenzione la loro corrispondenza ai contenuti presenti nei video (Xeroulis 2007): possiamo effettuare sia valutazioni di un'abilità presa nella sua globalità (expert-based – Global Rating Scores) sia valutazioni dettagliate di puntuali competenze pratiche, ad esempio calcolando il numero di movimenti che lo studente svolge nell'unità di tempo (computer-based assessment – Hand Motion Analysis ). Meglio ancora quando queste griglie sono il frutto di ricerche multicentriche che le hanno validate (Soucisse, 2011).

Un buon video non contiene soltanto la descrizione puntuale di singole abilità, ma dovrebbe contenere passaggi in cui è necessario che lo studente osservi come vengono applicate le abilità di problem-solving (o le applichi direttamente se si tratta di un proprio video), non solo per consentire l'acquisizione delle abilità pratiche in oggetto e delle relative conoscenze sottostanti, ma per incrementare la consapevolezza individuale della complessità della pratica clinica, favorendo lo sviluppo delle capacità relative ai processi decisionali. Questo apprendimento è massimizzato quando la fruizione del video è accompagnato da una adeguata attività meta riflessiva sotto la guida di un tutore (Coyne, Needham, 2012; Coyne, Needham, Rands, 2012; Johnsen et al. 2016; Johnsen et al. 2017).

Un ultimo elemento da prendere in considerazione è il modo in cui viene effettuato il processo di tutoraggio: rivedere il proprio video con un tutore che fornisce dei feedback adeguati durante la fruizione del video incrementa in modo esponenziale l'apprendimento (Soucisse 2017), sebbene sul medio periodo e per le abilità globali anche la semplice fruizione del video è efficace, per l'acquisizione di abilità di precisione il video supervisionato da un tutore è la combinazione ottimale per un apprendimento corretto, stabile e duraturo (Shippey et al. 2011). Davanti alla cronica mancanza di persone disponibili a svolgere il ruolo di tutore è consolatorio il fatto che ottimi tutori, efficaci nel facilitare l'apprendimento attraverso la fruizione di un video, sono i pari (Saune et al. 2017).

Il futuro scorre veloce e se già adesso gli smartphone sono uno strumento utile per la fruizione libera dei video da parte degli studenti e migliorano la prestazione e le conoscenze (come del resto si era già visto per l'uso dei video da postazione fissa) senza che venga rilevata alcuna differenza nella percezione soggettiva di autoefficacia (Chuang et al. 2018), il prossimo futuro sembra aprire la porta ad ulteriori sviluppi, ad esempio al processo di gamification digitale e all'utilizzo didattico dei video-games (Chen et al. 2018).

Durante il laboratorio sono stati presentati, discussi e articolati nei diversi punti gli aspetti sopra delineati, ricostruendo anche la storia di alcuni centri e/o attività di eccellenza svolte negli anni presso diversi Corsi di Laurea, come Genova, Trieste o Roma. Si tratta di esperienze importanti, che hanno generato un ampio patrimonio di conoscenze e materiali che faciliterebbero l'implementazione di queste modalità didattiche se fossero più facilmente accessibili e fruibili da parte di tutti i Presidenti. L'uso

di materiali comuni potrebbe inoltre consentire la progettazione di moduli didattici simili ed aprirebbe più facilmente alla possibilità di implementare protocolli di valutazione dell'apprendimento condivisi.

## **L'insegnamento delle Medical Humanities**

*Giuseppe Familiari (Roma Sapienza), Manuela Merli (Roma Sapienza) Fausta Lui (Modena/Reggio Emilia) – Laboratorio 3*

L'insegnamento delle "Medical Humanities" nell'ambito del curriculum dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia è oggi ormai irrinunciabile, allo scopo di integrare il costante progresso della ricerca scientifica biomolecolare e dello sviluppo della tecnologia con la visione del processo di cura centrato sulla persona; numerose evidenze nazionali e internazionali mettono infatti in evidenza come l'insegnamento sistematico e organizzato di questi temi possa garantire quegli esiti di formazione in grado di assicurare una applicazione corretta ed aggiornata della scienza e della tecnologia, senza mettere in secondo piano l'unicità della persona, l'importanza del dialogo, ma anche la correlazione che vi è tra la persona stessa e l'ambiente sociale in cui vive (ABIM foundation, 2002; Binetti 2011a,b). Deve però essere notato come, nonostante la comprovata presenza di valide esperienze nazionali e internazionali, le Medical Humanities siano ancora oggi caratterizzate dall'essere una attività spesso marginale e collaterale nell'insegnamento della medicina, affidata, in alcuni casi, ad iniziative personali di alcuni docenti molto motivati nella loro missione formativa nei confronti degli studenti. Lo scopo di questo laboratorio è stato quello di indicare alcune modalità per sistematizzare e rendere maggiormente organico con il Corso di Medicina e Chirurgia l'insegnamento delle Medical Humanities, indicando metodologie di contestualizzazione di questi argomenti tratti dal vasto contesto delle scienze umane.

## **L'esperienza di Sapienza Università di Roma**

In premessa al laboratorio, come consuetudine degli Atelier formativi sulla "medical education", è stata brevemente presentata l'esperienza dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia di Sapienza, in questo ambito. L'insegnamento delle Medical Humanities è stato da tempo introdotto nel Corso di Studi, sin dal 1999, attraverso l'identificazione di un "profilo formativo di tipo biomedico-psicosociale", dove, nell'ambito di una organizzazione generale della parte biomedica in forma di triangoli invertiti, con inizio clinico precoce sin dal primo anno e la persistenza delle materie di base anche negli anni successivi, ad esempio nell'ambito della cosiddetta "medicina di precisione", è presente, in tutti i sei anni un "Corso Integrato di Metodologia Medico Scientifica e Scienze Umane". Tale corso accompagna lo studente in tutto il periodo della sua formazione, integrando i contenuti delle "medical humanities" al crescere progressivo delle competenze cliniche (Familiari et al., 2001, 2006; Snelgrove et al., 2009). Sono contenute, all'interno di questo corso longitudinale, competenze specifiche fornite da docenti di settori scientifico disciplinari diversi (Bioetica, Psicologia generale, pedagogia speciale, antropologia culturale, economia, ecc.) da quelli propri della medicina, che integrano e contestualizzano i loro contenuti con quelli della parte medica.

Sono state presentate, in questa occasione, tre esperienze messe in atto negli ultimi anni, di cui si dovranno ancora valutare i relativi effetti, nel senso dell'effettivo miglioramento delle competenze professionali, e che riguardano una possibile contestualizzazione delle scienze umane all'interno del percorso formativo.

La prima riguarda l'uso della "visual thinking strategy" e dell'arte come metodo per affinare le capacità di osservazione e ragionamento, ma anche per arricchire il proprio bagaglio culturale. Sono in corso due sperimentazioni, la prima che prevede vi-site guidate degli studenti del terzo e quarto anno di corso all'interno del Museo e una complessa strutturazione di tipo laboratoriale per la rielaborazione della riflessione propria di ogni studente partecipante (Familiari et al., 2010; Ferrara et al., 2016); la seconda ha invece previsto la realizzazione di video tutorials e l'uso di questi come trigger nelle lezioni di Anatomia di superficie per gli studenti del primo e secondo anno di corso (Heyn et al., 2018).

La seconda esperienza riguarda l'utilizzo della "medicina narrativa" e ha previsto un corso teorico di medicina narrativa erogato agli studenti del terzo anno di corso, cui è seguita, nel quarto anno, la rielaborazione, attraverso esperienze laboratoriali con l'uso di piattaforme informatiche specifiche, e la presentazione di "project work" da parte di piccoli gruppi di studenti (Marco Testa, osservazioni non pubblicate).

La terza esperienza, infine, è un progetto di contestualizzazione per gli studenti del primo anno di corso riguardante le "tecniche di simulazione" nel training formativo specifico. Anche questa esperienza prevede la partecipazione interattiva di piccoli gruppi di studenti (Maria Caporale, osservazioni non pubblicate).

### ***Il Laboratorio interattivo***

L'obiettivo del laboratorio era quello di elaborare esperienze di medical Humanities in grado di contribuire al syllabus e all'esame di alcuni corsi integrati specifici. Si sono costituiti tre piccoli gruppi di lavoro che hanno elaborato tre diverse proposte.

Il primo gruppo prevedeva una proposta di integrazione tra le Medical Humanities e la Medicina Interna. Partecipavano Giorgia Soldà, Maria Filomena Caiaffa, Sabino De Placido, Maria Luigia Randi. Sono state presentate scene dal film "Caro Diario", episodio "Medici", di Nanni Moretti (1993) in cui si evidenzia una scarsa capacità di ascolto da parte dei vari medici consultati, tale da condurre ad un algoritmo diagnostico non corretto con un considerevole aumento dei ritardi nei tempi di cura efficace del paziente.

Il secondo gruppo prevedeva una proposta di integrazione tra le Medical Humanities e la Biochimica. Vi partecipavano Tiziana Bellini, Graziella De Montis, Lorella Franzoni e Mario Messina. Il punto di partenza, in questo caso, era rappresentato da un'immagine molto diffusa su siti che riportano i rischi dell'alcolismo (la sagoma in controluce di un uomo ritratto innanzi ad una bottiglia di superalcolico). L'integrazione proposta era quella tra le riflessioni sulle implicazioni sociali dell'alcolismo, il tipo di domande da porre in questo caso al paziente, ovviamente la conoscenza della biochimica specifica,

l'uso dei test diagnostici, la differenza riscontrabile tra l'alcolista cronico o l'evento sporadico per quanto riguarda l'alterazione delle vie metaboliche correlate. Un dato importante, emerso dalla discussione del gruppo, è stato il riconoscimento della necessità di una multidisciplinarietà per trattare in modo adeguato tale argomento.

Il terzo gruppo prevedeva una proposta di integrazione tra le Medical Humanities e l'Anatomia Umana. Vi partecipavano Giuseppe Santoro, Ottavio Cremona, Amelio Dolfi e Maddalena Di Lillo. In questo caso, partendo da immagini raffiguranti espressioni di dolore prese dalla storia dell'arte o dai media contemporanei (varie raffigurazioni di San Sebastiano o di sportivi infortunati) è stata analizzata l'anatomia dell'espressione facciale, integrata con la predizione dello stato emotivo e fisico del paziente mediante l'uso di punti antropometrici del volto (ad esempio secondo il Facial Action Coding System), con la predizione della morfologia facciale a seguito di interventi di chirurgia plastica o ricostruttiva del volto e con l'analisi delle tematiche bioetiche correlate.

In estrema sintesi, le conclusioni e le indicazioni del laboratorio hanno messo in evidenza i seguenti punti, ritenuti importanti:

1. Individuare le migliori modalità pedagogiche per coinvolgere attivamente gli studenti, evitando che queste attività possano essere percepite dagli stessi studenti come attività marginali o poco utili alla loro formazione professionale;
2. Selezionare e pianificare le Medical Humanities più adeguate ad essere integrate nei diversi corsi integrati e su argomenti specifici nell'arco dell'intero percorso di studio;

Formare adeguatamente i Docenti motivando-li a condividere esperienze anche non strettamente correlate al loro settore scientifico disciplinare, fornendo loro le basi pedagogiche opportune atte a condividere l'integrazione multidisciplinare ed a stimolare la partecipazione attiva degli studenti.

## **Conclusioni**

*Pietro Gallo (Roma Sapienza)*

Al termine del debriefing di restituzione è stato possibile tirare alcune conclusioni:

- Le nuove metodologie didattiche favoriscono lo student-centred learning e l'apprendimento attivo. Promuovono uno studio individuale guidato, il lavoro dello studente all'interno di piccoli gruppi, l'interazione tra studente e studente e tra studente e docente.
- Il lavoro condotto all'interno dei laboratori dell'atelier ha sottolineato che il docente non è una monade, e ha mostrato l'utilità, anzi la necessità, che il lavoro di programmazione dell'insegnamento sia condiviso con altri docenti. Il fatto di scambiarsi feedback costruttivi deve essere una costante del lavoro del docente.

- È stata anche evidenziata la necessità che la programmazione dell'attività di didattica sia condotta allineando l'identificazione degli obiettivi formativi, la scelta delle metodologie didattiche più coerenti con gli obiettivi, e la definizione di metodi di valutazione dell'apprendimento che siano altrettanto coerenti.
- Si è infine constatata la necessità di una continuità nel lavoro della Conferenza dei Presidenti di CLM in Medicina, al di là della rotazione degli incarichi, per cui è stata chiesta, e prontamente attuata dalla prof.ssa Basili, la creazione di un repository sul sito della Conferenza nel quale lasciare in eredità ai futuri Presidenti i materiali didattici via via elaborati dai membri della Conferenza.

## **Bibliografia**

Ahmet A., Gamze K, Rustem M., Argut Sezen K, 2018. Is Video-Based Education an Effective Method in Surgical Education? A Systematic Review. *Journal of Surgical Education*, 1931-7204

Chen F, Lui AM, Martinelli SM. A systematic review of the effectiveness of flipped classrooms in medical education. *Med Educ*. 2017;51(6):585-597.

Chuang YH, Lai FC, Chang CC, Wan HT. 2018. Effects of a skill demonstration video delivered by smartphone on facilitating nursing students' skill competencies and self-confidence: A randomized controlled trial study. *Nurse Education Today* 66, 63-68

Consorti F., Mingarelli V. Come trasformare un corso d'aula tradizionale in un corso flipped e perché: esperienza in un corso di Metodologia Clinica. *Form@re – Open Journal per la formazione in rete*. 2018; 18(1): 290-301.

Coyne, E., Needham, J., 2012. Undergraduate nursing students' placement in specialità clinical areas: understanding the concerns of the student and registered nurse. *Contemp. Nurse* 42 (1), 97-104.

Forbes H. Oprescu F, Downer T, Phillips NM, McTier L, Lord B, Barr N, Alla K. Bright P, Dayton J, Simbag V, Visser I. 2016. Use of videos to support teaching and learning of clinical skills in nursing education: A review. *Nurse Education Today*, 42, 53-56.

Heyn H, Papaspyropoulos V, Familiari G. Training the clinical eye: from visual artworks to medical diagnosis at Sapienza University of Rome. *AMEE 2018 Annual Conference, Basel*, pag. 918, abstract book.

Johnsen, H.M., Fossum, M., Vivekananda-Schmidt, P., Fruhling, A., Slettebø, Å., 2016. Teaching clinical reasoning and decision-making skills to nursing students: design, development, and usability evaluation of a serious game. *Int. J. Med. Inform.* 94, 39-48.

Johnston, A.N.B., Weeks, B., Shuker, M.-A., Coyne, E., Niall, H., Mitchell, M., Massey, D., 2017. Nursing students' perceptions of the objective structured clinical examination: an integrative review. *Clin. Simul. Nurs.* 13 (3), 127-142.

Persky AM, McLaughlin JE. The Flipped Classroom – From Theory to Practice in Health Professional Education. Am J Pharm Educ. 2017;81(6):118.

Saun TJ, Odorizzi S, Yeung C, Johnson M, Bandiera G, Dev SP. 2017. A Peer-Reviewed Instructional Video is as Effective as a Standard Recorded Didactic Lecture in Medical Trainees Performing Chest Tube Insertion: A Randomized Control Trial. Journal of Surgical Education, 437-442

Snelgrove H, Familiari G, Gallo P, Gaudio E, Lenzi A, Ziparo V, Frati L. The Challenge of Reform: 10 years of curricula change in Italian Medical Schools. Med Teach 31: 1047-1055, 2009.

**Cita questo articolo**

Streppafava M.G., et al., Nuovi strumenti didattici – “Insegnamolo Strano” Miniatelier, Medicina e Chirurgia, 80: 3577-3583, 2018. DOI: 10.4487/medchir2018-80-2