



MEDICINA E CHIRURGIA

Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

MEDICINA E CHIRURGIA

Quaderni delle Conferenze Permanenti
delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

Comitato Editoriale

Giorgio Blasi, Gian Franco Gensini, Alessandro Lechi,
Angelo Mastrillo, Luisa Saiani, Giuseppe Scotti,
Enrico Vasquez

Direttore Editoriale, Luigi Frati

Redazione, Istituto di Clinica Medica Generale,
Ematologia ed Immunologia Clinica dell'Università
60020 Torrette di Ancona
Tel. 071 2206101 - Telefax 071 2206103
E-mail: istclinmedan@univpm.it

Amministrazione e stampa, Errebi Falconara

Segretaria di Redazione, Daniela Pianosi

Direttore Responsabile, Giovanni Danieli

Sommario

- 781 *Presentazione*, Luigi Frati, Giovanni Danieli
782 *Ricordo di Sergio Curtoni*, Giovanni Danieli
EDITORIALE
784 La formazione pedagogica dei docenti, *Luciano Vettore*
ATTUALITÀ
789 L'iter di riforma degli Ordinamenti didattici, *Eugenio Gaudio*
SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE
793 Proposta di riassetto delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria, *Aldo Pinchera, Andrea Lenzi*
CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA IN MEDICINA E CHIRURGIA
802 Le competenze dei Consigli di Corso di Laurea, *Massimo Malcovati*
805 Integrazione trasversale e longitudinale degli insegnamenti, un percorso tra prospettive e limiti, *Pietro Gallo, Fabio Capani ed Amos Casti*
CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA
808 Il Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria dalla sua istituzione al *curriculum* europeo, *Elettra Dorigo*
CLASSI DEI CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE
810 Il *Core curriculum*, tra specificità di Corso di laurea e condivisione di obiettivi tra le diverse classi, *Paola Binetti, Donatella Valente*
816 La didattica pratica, *Maria Matarese*
823 Modelli e strategie per la formazione alla ricerca, *Paola Di Giulio et Al.*
827 *Appendice*



Nel Trecento, con il sorgere e lo svilupparsi delle Università, nacquero anche l'esigenza e la tradizione di conservare e tramandare la memoria dei grandi Maestri, che avevano illuminato la sede universitaria, conservandone le spoglie in tombe di elevata qualità artistica e nelle quali più spesso la figura del Dottore, circondato dai propri Allievi, appariva nell'atto di insegnare.

Alcuni pregevoli esemplari dell'architettura e della scultura accademica sono custoditi nel *Museo Civico Medievale di Bologna*; tra questi, riportato in copertina, il *Monumento funebre di Giovanni da Legnano* (m. 1383), opera dello scultore veneziano Pier Paolo dalle Masegne, che operò a Bologna negli ultimi anni del XIV secolo.

Le illustrazioni riprodotte nell'interno sono invece tratte dall'opera *Pedanii Dioscoridis de Materia medica Libri sex* (1544, collezione Prof. Italo D'Angelo, Ancona) spesso indicata come *Commentarii a Dioscoride*, di Pierandrea Mattioli, Medico e Naturalista (Siena 1500 - Trento 1577) che riunì e coordinò tutte le conoscenze di botanica medica del suo tempo, descrivendo cento nuove specie di piante.

Finito di stampare
il 30 Ottobre 2003
per i tipi della Litografia Errebi
di Falconara - Ancona

Presentazione

Luigi Frati (*Roma La Sapienza*), Giovanni Danieli (*Ancona*)

Quindici anni fa iniziava le sue pubblicazioni *Medicina e Chirurgia*, bollettino quadrimestrale della Conferenza dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Il Bollettino costituiva uno strumento di informazione e comunicazione tra la Conferenza e le Facoltà di Medicina, strumento finalizzato a coordinare i diversi Corsi di laurea nell'applicazione del nuovo ordinamento didattico ed a mantenere viva la tensione culturale verso il cambiamento e l'innovazione; nelle sue pagine si sono raccolte le vicende degli ultimi quindici anni di impegno didattico delle nostre Facoltà, di un periodo nel quale le nuove esigenze espresse dalla società, il susseguirsi dei regolamenti e l'adeguamento alle norme europee hanno fortemente modificato il processo di formazione degli Studenti.

Oggi la Rivista si rinnova e si apre alla collaborazione di altre tre importanti Conferenze, quella dei Presidi innanzitutto, poi quelle del Corso di Laurea Specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria e delle Classi dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie.

Gli obiettivi sono ovviamente quelli di ricercare l'integrazione fra le quattro strutture didattiche, così da determinarne un'azione più efficace, e di rappresentare la sede di un dibattito globale dei membri di facoltà su tutti i Corsi di laurea attivati.

Iniziamo la nuova serie con uno scritto di Luciano Vettore, Past President della Conferenza dei CLS in Medicina e Chirurgia ed attualmente Presidente della Società Italiana di Pedagogia Medica, sulla necessità di una formazione pedagogica dei Docenti, sempre avvertita ma ora sentita con carattere di urgenza se si considerano i compiti che attendono i nostri Docenti di fronte all'esame

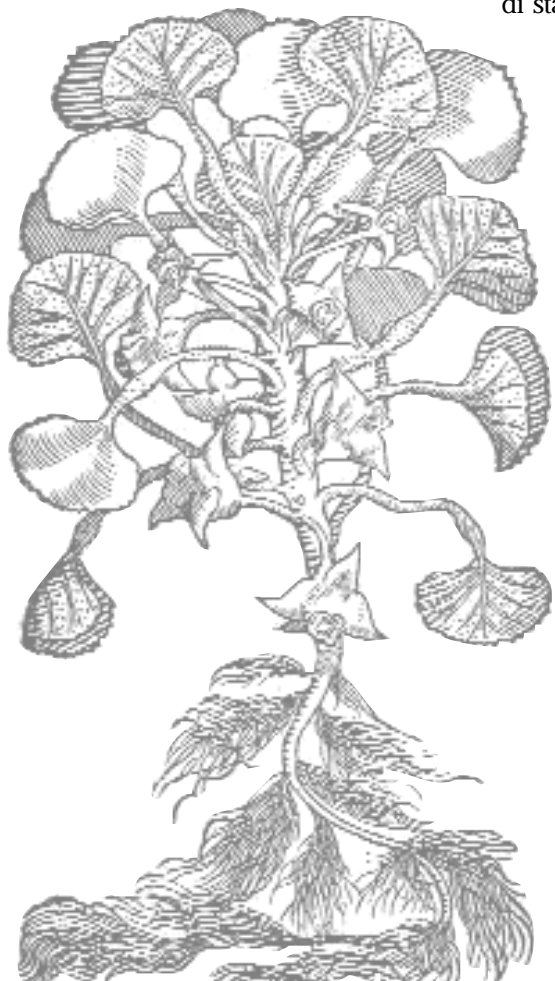
di stato, la realizzazione di una intensa attività formativa professionalizzante, la valutazione sul campo del tirocinio post-laurea, la preparazione di test cognitivi, tutte incombenze che richiedono una preliminare solida formazione pedagogica.

Nella rubrica *Attualità* Eugenio Gaudio, Segretario della Conferenza dei Presidi, riferisce sui lavori della Commissione De Maio, organo di consulenza del Ministro Moratti, istituita per avviare la revisione dell'attuale ordinamento didattico e del sistema *tre più due*, revisione che molti ritengono indifferibile. Le novità potrebbero essere molte, dalla riduzione delle classi dei Corsi di Laurea alla limitazione dei crediti alle materie di base e caratterizzanti, dal potenziamento dei *master* di primo livello alla progettazione di *curricula* biennali per Studenti provenienti da trienni diversi.

Aldo Pinchera ed Andrea Lenzi, rispettivamente Coordinatore e Segretario del gruppo di lavoro per la revisione degli Statuti delle Scuole di Specializzazione, presentano i principi fondamentali del riassetto delle stesse che, dopo l'approvazione degli organismi competenti, diventeranno operanti nel nostro Paese. Si prevedono, anche in quest'ambito, la suddivisione in aree, classi, attività formative e l'istituto dei crediti, si definiscono le caratteristiche del corpo docente, diritti e doveri degli specializzandi, modalità d'accesso, istituzione del tronco comune, valorizzazione dell'attività formativa professionalizzante e della didattica elettiva che consentirà a quest'ultima di costituire, in sostituzione degli aboliti indirizzi, percorsi differenziati ed alternativi.

Massimo Malcovati, Presidente del CLS di Milano, definisce nel suo articolo le competenze "esclusive" dei Corsi di laurea e i loro compiti propositivi nei confronti delle Facoltà, un contributo di chiarezza che non può che migliorare il lavoro dei Corsi di laurea e conseguentemente l'efficacia didattica della Facoltà.

Problema non risolto nell'applicazione del nuovo ordina-



mento è l'integrazione che si deve instaurare tra le discipline (o moduli) che aggregandosi danno origine ai Corsi ufficiali di insegnamento, un'integrazione necessariamente longitudinale e trasversale e che tutt'ora, come deriva dall'approfondita analisi di Pietro Gallo, Presidente del CLS in Medicina e Chirurgia di Roma La Sapienza, presenta limiti e resistenze, ma che costituisce l'atto fondamentale per consentire il passaggio da un'insegnamento basato sul Docente ad un insegnamento che veda in primo piano le esigenze culturali e formative dello Studente.

Elettra Dorigo, Presidente della Conferenza dei CLS in Odontoiatria e Protesi Dentaria, presenta il nuovo modello di Laurea Specialistica e ne sottolinea il carattere professionalizzante, con l'identificazione di tutte le abilità che gli Studenti devono acquisire nel corso degli studi; auspica che, com'è avvenuto per Medicina e Chirurgia, anche per Odontoiatria e Protesi Dentaria si realizzi una nuova modalità di Esame di Stato.

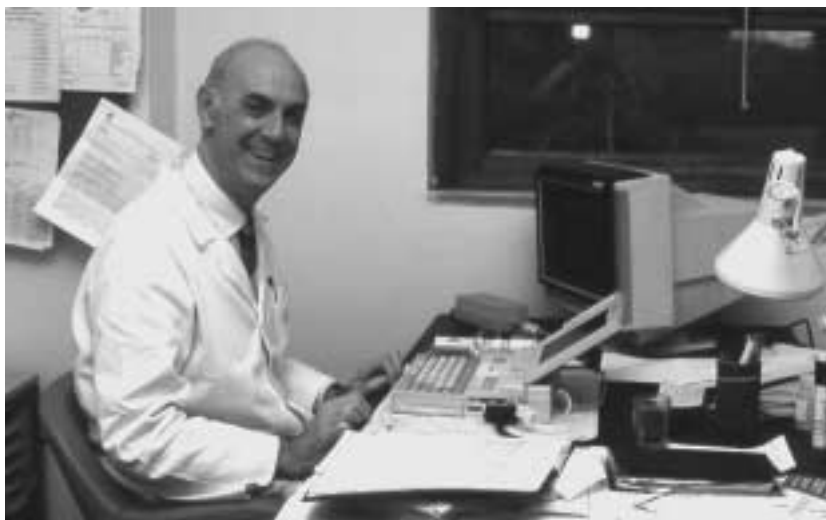
I tre contributi forniti dalla Conferenza delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie esprimono tre momenti essenziali del percorso formativo, il *core curriculum*, la didattica pratica e l'addestramento alla ricerca. Sul primo punto Paola Binetti (Roma Campus Bio-Medico) e Donatella Valente (Roma La Sapienza) illustrano il lavoro svolto per produrre, raccogliere e diffondere i *curricula* di circa i due terzi dei Corsi di Laurea, un'impresa fondamentale che ha permesso di definire gli obiettivi (cognitivi, gestuali e comportamentali) irrinunciabili che ogni Studente deve realizzare. Maria Matarese (Roma Campus Bio-Medico) si è occupata di Didattica pratica, e in particolare di tutto quello che concerne definizione, obiettivi, metodologie, modalità di valutazione, ruolo dei tutor in questo rilevante momento formativo.

Paola Di Giulio e il suo gruppo di lavoro hanno infine precisato modelli e strategie per la formazione alla ricerca degli Studenti dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie definendo, con grande chiarezza di idee, le tappe essenziali che lo Studente deve percorrere per giungere a familiarizzare con la ricerca clinica e ad inserire i risultati della stessa nel proprio operare quotidiano. In un numero pressoché interamente dedicato alla didattica, una finestra aperta sulla ricerca consente l'ingresso di un'aria stimolante e rigenerativa.

Ricordo di Sergio Curtoni

Ricordo Sergio "scolare in Bologna" nei primi anni '60; era un ragazzone alto che mi seguiva durante la visita nel Reparto di Patologia Medica e si distingueva, tra gli Studenti, per una personalità prorompente che lo portava fuori dal gruppo, per la sua ansia di sapere, la sua voce altisonante, la sua risata spesso fragorosa.

L'ho ritrovato dopo pochi anni apprendista immunematologo presso il Centro Trasfusionale del Policlinico Sant'Orsola; erano tempi in cui i Centri Trasfusionali fungevano



esclusivamente da banche per la raccolta e la distribuzione del sangue, oltre a gestire la Festa del Donatore, una domenica mattina, in un cinema cittadino, con le solite Autorità e con i Relatori di turno.

Questo non poteva appagare ovviamente l'ansia di conoscenze e la ricerca di più vasti orizzonti da parte di Sergio, che abbandonò ben presto Bologna per approdare al prestigioso Istituto di Genetica della Università di Torino.

Erano i tempi di Dausset, a Parigi, e di

Cepellini, a Torino appunto, erano i tempi del primo parlare di HLA, quando a noi Clinici cominciavano ad aprirsi i campi, allora ancora a contorni molti indecisi, dell'ereditarietà, della predisposizione, del rischio genetico da una parte, dell'istocompatibilità e del rigetto dei trapianti dall'altra. Sergio Curtoni fu, con un altro grande amico anch'egli prematuramente scomparso, Angelo Carbonara, di quella cultura ricercatore, diffusore, organizzatore. Creò, tra l'altro, una rete di servizi italiani di tipizzazione tessutale, al quale aderì anche il mio gruppo, Armando Gabrielli ne era il portavoce, rete che si ricostituiva due-tre volte per anno in sedi diverse, in due occasioni anche nelle Marche, ed era straordinario osservare come quest'uomo fosse stato in grado di attrarre e di cementare tanti giovani ricercatori entusiasti, farli lavorare duramente e scambiarsi sieri e cellule che viaggiavano per tutta la penisola ed anche al di là dei suoi confini (questi ricercatori allora erano definiti, mi raccontava Sergio, internazionalmente come *les hommes à la petite boîte blanche*, per i contenitori di plastica utilizzati per il trasporto).

Ma oltre al Ricercatore, voglio ricordare il Docente; agli inizi degli anni '80 cominciò a risvegliarsi nelle Facoltà di Medicina italiane l'interesse per la Pedagogia Medica, per la formazione all'insegnamento, per i nuovi metodi e strumenti didattici.

All'epoca la Fondazione Smith Kline, guidata dall'efficacissimo e compianto dottor Ghetti, coadiuvato da alcune fedeli Segretarie, rappresentò per il nostro paese il luogo di idee, progetti, creazione di modelli didattici. Ruotava intorno ad un personaggio mitico, Jean Jacques Guilbert, autore di un'altrettanto mitica *Guida pedagogica*, bibbia per i cultori della pedagogia medica; di questo gruppo di iniziati, Sergio era senza dubbio il trascinatore, per la competenza, l'entusiasmo e la capacità aggregante che caratterizzavano la sua azione; io ebbi la fortuna di condividere quest'epoca pionieristica e di collaborare con Lui nell'organizzazione di più ateliers.

Nell'85 Marcello Calderara ed io costituimmo

la Conferenza permanente dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Luigi Frati ne era guida ed anima ispiratrice, Sergio Curtoni, all'epoca Presidente del Consiglio di Corso di Laurea di Torino, fu propugnatore entusiasta e assertore rigoroso del nuovo ordinamento; esercitò un controllo scientifico, anno per anno, mese dopo mese, sui tempi e sui modi della sua applicazione e creò quell'*Osservatorio permanente sulla Tabella XVIII* che per molti anni fu l'occhio critico della realizzazione tabellare e il fattore determinante il superamento della stessa e la preparazione delle successive nuova e nuovissima tabella XVIII.

La sua straordinaria competenza e la grande esperienza lo dovevano naturalmente proiettare sullo scenario europeo; egli entrò infatti, quale rappresentante italiano, nell'*Association of Medical Schools in Europe*; della stessa fondò e curò per molti anni un prestigioso bollettino AMSE, che risultò strumento indispensabile per la conoscenza dei programmi didattici delle diverse Facoltà di Medicina in Europa. La sua partecipazione all'AMSE fu tale che Sergio ne divenne ben presto Presidente, confermato poi in questo ruolo per sei anni.

Per la sua bravura e generosità, fu l'instancabile motore di tante altre imprese; tra queste desidero ricordare l'ultima nostra collaborazione, all'interno del MIUR, nella Commissione che Sergio presiedeva per la prova di ammissione al Corso di Laurea e nella quale curò per molti anni la preparazione dei quiz e la diffusione degli stessi in appositi volumi.

Al di fuori di ogni retorica, Sergio Curtoni è stato un protagonista positivo delle principali vicende della Medicina universitaria italiana negli ultimi quaranta anni e, come ogni protagonista, ha lasciato il segno e il rimpianto, il segno di una non comune intelligenza realizzatrice, il rimpianto per l'uomo buono, l'uomo pio, il sodale, l'amico carissimo che tristemente oggi non è più con noi.

Giovanni Danieli

TRIFOGLIO ASPHALTITE



La formazione pedagogica dei docenti

Luciano Vettore (Verona)

Tre domande impertinenti

È molto probabile che a molti Docenti italiani sembri piuttosto peregrina l'idea che possa risultare utile e opportuno preoccuparsi di fornire loro una formazione pedagogica. Per dirimere il dubbio se una tale idea sia sensata oppure no, crediamo che sia necessario rispondere sia pure brevemente ai seguenti tre quesiti preliminari:

Gli studenti possono giovare di Docenti esperti anche in metodologie didattiche, oltre che in contenuti scientifici e professionali?

Si sente dire spesso che in fondo intere generazioni di bravi medici sono state preparate senza particolari sforzi pedagogici; ammesso che ciò sia vero, in questa affermazione non si tiene conto dei cambiamenti subiti nel tempo sia dalla medicina che dalle caratteristiche socio-culturali di coloro che oggi studiano medicina: l'esercizio attuale della medicina richiede un rigore scientifico molto maggiore di quello che richiedeva la medicina del passato, che poteva avvalersi di ben poche conoscenze accertate, capaci di cambiare la storia naturale delle malattie; ancora nella prima metà del secolo scorso era una medicina che studiava e almeno in parte comprendeva le cause e i meccanismi dei fenomeni fisiologici e patologici, molto attenta nella descrizione di questi fenomeni e particolarmente capace di collegare tra loro con le armi della logica queste manifestazioni nelle ardite sintesi diagnostiche proprie dei grandi Clinici del passato; ma al di là dell'osservazione accurata e della descrizione esauriente dei segni e dei sintomi, quella medicina disponeva di ben poche armi per curare efficacemente e per guarire; a queste carenze sopperiva peraltro con un'attenzione e un desiderio di aiuto alla persona sofferente di grande livello etico ed umanistico, di cui oggi sentiamo pesantemente la carenza.

Oggi la ricerca scientifica sforna quotidianamente dati ed evidenze, che consentono in tempi oramai brevi applicazioni capaci d'interferire efficacemente con i meccanismi fisiopatologici e spesso con le cause stesse che li alterano; e inoltre tecnologie sempre più sofisticate consentono diagnosi realistiche e precoci in molti processi morbosi, purtroppo spesso attenuando l'esercizio

della logica clinica e anche quello della relazione empatica.

Accanto a questi elementi oggettivi va considerato anche il cambiamento sociologico e culturale degli studenti d'oggi: se da una parte si sono positivamente aperte le porte dell'Università anche alle fasce sociali di più umili origini, giungono oggi all'Università studenti cresciuti in famiglie nelle quali - a differenza del passato - mancano le tradizioni culturali che connotavano le élites da cui proveniva fino agli anni 50-60 la maggioranza dei laureati nelle professioni liberali (per lo più medici e avvocati).

Non solo per queste ragioni, ma forse in parte anche per queste, nelle nostre Facoltà sono abbastanza numerosi gli studenti assidui e volenterosi, impegnati nello studio e preoccupati dei propri risultati - scolastici oggi e professionali domani - ma sembrano più rare di un tempo le punte di eccellenza, anche perché non sufficientemente stimolate ad emergere da un corpo docente spesso solerte, ma non particolarmente competitivo a livello culturale.

A tutto ciò si aggiunge il contesto al quale tutti partecipiamo: questa civiltà dell'immagine dove tutto si comprende rapidamente, senza la necessità di molte spiegazioni proprio perché esplicitato dall'immagine; questo fa venir meno la necessità di maestri che con le loro capacità di comunicazione esplicitativa rendano chiare le conoscenze più difficili, ma anche limita il bisogno soggettivo di approfondimento personale delle conoscenze, quel bisogno che attraverso lo sforzo della comprensione interiorizza e radica le conoscenze stesse, facendone un patrimonio di cultura personale sentito come conquista propria e inalienabile; nella Società dell'usa e getta si perde rapidamente e senza rimpianti ciò che si è acquisito superficialmente (Giovanni Sartori: *Homo videns*; Editori Laterza, 1999; Raffaele Simone: *La Terza Fase - Forme di sapere che stiamo perdendo*; Editori Laterza, 2000); e di ciò non si ha nemmeno consapevolezza, visto che pure le conoscenze scientifiche hanno vita breve, sostituite in continuazione da nuove conoscenze.

Tuttavia, una realtà di questo genere da una parte finalizza istituzionalmente e direttamente

alla professione la formazione medica, richiedendo l'acquisizione di competenze e di abilità oltre che di conoscenze teoriche; dall'altra esigerebbe che gli studenti, oltre ai contenuti attuali, acquisissero anche il metodo dell'apprendimento, cioè diventassero capaci di "imparare a imparare" per tutta la vita, perché questo - a differenza di un passato di conoscenze scarse ma stabili - sarà il loro futuro di conoscenze ampie e in continuo ricambio, tali da indurre anche una riacquisizione periodica di nuove competenze e di nuove abilità professionali.

Non ci sembra troppo azzardato affermare che questi elementi limitano l'utilità dei metodi tradizionali d'insegnamento ed esigono apporti "tutoriali" all'apprendimento, consentendo che l'apprendimento centrato sullo Studente prevalga sull'insegnamento centrato sul Docente; e ci sembra abbastanza scontato che questi cambiamenti di prospettiva richiedano nuove competenze pedagogiche e didattiche.

I Docenti necessitano di tale formazione?

Di fatto nessuno ha mai insegnato a insegnare ai Docenti in genere - se si eccettuano i maestri elementari di un tempo - e tampoco ai Docenti universitari. Ne consegue che ogni Docente finora ha potuto contare soltanto sulle proprie doti personali, apprezzate o criticate a seconda dei casi solo dagli studenti, e perciò senza alcuna ricaduta positiva o negativa sulla valutazione della Istituzione. Non si può inoltre negare che nella stragrande maggioranza i Docenti italiani, anche i migliori, sono esperti di una sola metodologia didattica: la lezione frontale o *ex-cathedra*; nonostante questa limitatezza della loro competenza, essi sono gli unici responsabili di tutte le scelte didattiche; infatti, del tutto peregrina potrebbe loro sembrare la proposta di farsi affiancare nella pianificazione delle proprie attività di docenza da esperti in pedagogia; d'altra parte è tuttora un connotato comune del Docente quello di agire in modo autoreferenziale e solitario, cioè di non essere generalmente valutato efficacemente e oggettivamente in base ai risultati conseguiti; ne deriva che raramente egli è stimolato, o aiutato a integrarsi e ancor meno ad armonizzarsi con l'attività docente dei Colleghi.

In questo contesto solo con fatica sta facendosi strada la convinzione (o solo il sospetto?) che l'attività di docenza sia *un servizio offerto alla formazione* di nuovi medici utili alla società, e non la mera espressione delle conoscenze e delle competenze dei Docenti.

L'Istituzione necessita di una formazione didattica specifica per i propri Docenti?

Le norme, Leggi e Regolamenti, che nel corso di oltre un decennio sono diventate operative nel nostro Paese (Legge 341, Autonomia didattica, Decreti d'Area, nuovo Esame di Stato) indubbiamente disegnano nuovi profili e nuovi scenari della Docenza. Inoltre, la "mission" esplicitamente professionalizzante della Facoltà di Medicina e l'impostazione del nuovo Esame di Stato mettono in competizione le Sedi per la *qualità* del "prodotto finito": il laureato. Infine, la qualità del medico italiano entrerà presto in competizione con la qualità media europea.

Proprio per consentire nei tempi previsti l'attuazione delle nuove norme e in particolare di quelle relative all'Esame di Stato, assumono caratteri contingenti d'urgenza: la formazione dei Docenti responsabili del tirocinio professionalizzante a un esercizio didattico adeguato; la formazione dei Docenti responsabili del tirocinio valutativo post-laurea ai compiti di valutazione sul campo; la formazione generalizzata alla preparazione dei test cognitivi per il nuovo Esame di Stato.

Alla ridefinizione globale degli assetti formativi nelle Facoltà mediche hanno fattivamente contribuito le molteplici e apprezzabili iniziative ufficiali della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea: dal contributo determinante alla formulazione delle riforme degli Ordinamenti didattici, fino alla promulgazione dei Decreti d'Area; dalla proposta di Regolamento didattico alla costruzione del "core curriculum", sia per i contenuti cognitivi, sia per le abilità pratiche e metodologiche, e infine alla recentissima sperimentazione delle nuove modalità dell'Esame di Stato e alla produzione dei quiz necessari alla sua attuazione. La Conferenza è infatti del tutto consapevole che l'efficacia formativa delle nostre Facoltà mediche diventerà nel breve periodo un elemento essenziale di qualificazione per l'Istituzione e addirittura un mezzo per la sua sopravvivenza, ragion per cui sembra ragionevole che l'Istituzione si prenda direttamente cura delle capacità didattiche dei propri Docenti, che sono strumento indispensabile al conseguimento di quei fini.

Le risposte ai tre quesiti or ora proposti sembrano allora indicare concordemente e in modo non equivoco che la formazione pedagogica dei Docenti è un'esigenza non rinunciabile; a questo punto s'impongono altre

domande, e precisamente: *quali* docenti formare? formarli *a che cosa?* e *come* formarli?

Quale formazione per i Docenti?

I Docenti s'impegnano normalmente nella stesura del loro programma di insegnamento, ma non sono generalmente interessati ad armonizzare il *proprio* programma con quelli degli altri Docenti, e ancor meno sono esperti nel trasformare il progetto docente complessivo nell'elenco analitico e particolareggiato delle conoscenze, abilità e comportamenti, essenzialmente delle competenze che i loro studenti dovrebbero avere acquisito alla conclusione del percorso formativo effettuato sotto la loro guida: cioè in grande maggioranza i Docenti italiani non sanno formulare *programmi di apprendimento* sotto forma di *obiettivi didattici specifici*, formulazione che rappresenta la tappa essenziale per la definizione di un *core curriculum* integrato, e non la mera giustapposizione di programmi d'insegnamento monodisciplinari.

Per un'effettivo miglioramento delle *performance* didattiche delle nostre Facoltà i loro Docenti dovrebbero *in primis* essere formati alla formulazione di tali obiettivi, peraltro selezionando quelli che per la loro effettiva rilevanza andranno a costituire il *core curriculum*, cioè il complesso delle conoscenze, abilità e competenze veramente irrinunciabili nella professione medica; inoltre, poiché un obiettivo didattico non può considerarsi accettabile se non è possibile verificarne il conseguimento con strumenti oggettivi, una seconda competenza pedagogica - strettamente collegata alla prima - che i Docenti dovrebbero acquisire è quella della costruzione di strumenti efficaci di valutazione, coerenti con quegli obiettivi.

Solo dopo questa fase preliminare ma indispensabile di formazione didattico-pedagogica, ai Docenti dovrebbero essere opportunamente presentati i seguenti ambiti in cui acquistare e/o perfezionare la loro professionalità didattica:

- la scelta e applicazione di metodologie didattiche adeguate ai fini stabiliti nei differenti tipi di obiettivi (cognitivi e metacognitivi, gestuali, relazionali);
- la capacità di esercitare sul campo varie e molteplici funzioni didattiche di facilitazione dell'apprendimento (per lo più abilità didattiche di natura tutoriale);
- la pianificazione dei curricula e dei corsi.

Tuttavia i progetti operativi in relazione a questi processi debbono essere molto realistici: nelle

nostre Facoltà ci sono Docenti che possono vantare le più varie competenze, professionalità, culture, capacità didattiche, esperienze e talenti individuali, molto spesso anche in relazione alla storia personale e all'età, la quale ultima nella maggioranza dei casi è più vicina alla maturità che non alla giovinezza; ne consegue che è fondamentale evitare atteggiamenti impositivi e quindi velleitari: ciascuno deve essere aiutato a migliorare i *propri* standard operativi utilizzando al massimo i propri talenti, per lo più naturali e diversamente coltivati nel tempo.

Così dei Docenti maturi dovrebbero essere utilizzate e valorizzate a pieno soprattutto la capacità di "sintesi" concettuale, la capacità "carismatica" di trasmettere le proprie esperienze professionali e la visione prospettica del sapere e del crescere delle conoscenze; bisognerebbe, inoltre, trovare i modi affinché gli "anziani" riuscissero a insegnare queste abilità didattiche ai giovani.

Questi ultimi dovrebbero essere "alfabetizzati" e via via aggiornati soprattutto sulle peculiarità della didattica interattiva in piccolo gruppo con metodo tutoriale (dinamiche di gruppo, ecc.), così da divenire esperti per esempio nell'apprendimento per problemi (PBL, PS, DM), ma anche nella formazione alle abilità comunicative (per es., il *role playing*) e nelle metodologie oggettive di verifica formativa e certificativa dell'apprendimento, nonché nella produzione e validazione di materiali didattici per l'apprendimento e per la sua valutazione.

Tuttavia questo non basta, perché è indispensabile che una parte del Corpo docente, quella più sensibile e spontaneamente predisposta presente in ogni Facoltà, sia stimolata e incentivata ad approfondire anche le conoscenze teoriche e le tecniche di natura pedagogica, psicologica, comunicativa, docimologica, ecc., ad apprendere i metodi di pianificazione didattica, a esercitare capacità di consulenza didattico-pedagogica nel ruolo di "esperti" e infine a produrre e a pubblicare risultati di ricerca in Pedagogia medica.

Per quanto attiene alle occasioni formative, anche queste devono essere commisurate ai fini e ai contenuti: mentre per i più giovani sono proponibili corsi di "alfabetizzazione" didattico-pedagogica (peraltro frequentabili su base volontaria anche da Docenti di età matura), per tutti si possono programmare seminari periodici di approfondimento su temi particolari, mirati a rispondere alle esigenze specifiche delle varie sedi sulla base dei più pressanti problemi locali; altrettanto ubiquitariamente sarebbe opportuno diffondere

la migliore letteratura didattico-pedagogica nazionale e internazionale, perché gli esempi e i risultati conseguiti dagli altri possono risultare molto utili; altrettanto auspicabile è che le Autorità accademiche delle Facoltà incoraggino e incentivino materialmente la partecipazione dei propri Docenti a occasioni d'incontro e confronto e a convegni su temi formativi.

Va anche detto, che ogni proposta risulterà scarsamente efficace se non sarà accompagnata da strumenti concreti che motivino efficacemente la formazione dei Docenti; insomma anche l'attività di docenza deve ripagare adeguatamente chi vi si dedica con maggiori passione ed efficacia: oltre alla gratificazione "morale", è indispensabile che l'impegno didattico venga ufficialmente e adeguatamente considerato accanto alla produzione scientifica nelle valutazioni concorsuali che scandiscono le progressioni di carriera; la verifica di tale impegno può trovare strumenti oggettivi di valutazione sia nella pubblicazione di contributi di ricerca didattico-pedagogica, sia nella realizzazione di progetti individuali di pianificazione nell'organizzazione didattica.

Sembra ragionevole a questo punto giungere alla conclusione – sia pur parziale – che le molteplici esigenze personali ma anche istituzionali richiedono dai Corsi di Laurea e dalle Facoltà mediche in genere un'offerta didattica con elevati standard qualitativi e che questo obiettivo esige l'attivazione di un processo organico di educazione pedagogica dei docenti. Sembra inoltre evidente che sia un'offerta didattica di qualità, sia la formazione pedagogica dei singoli Docenti non possano essere demandate a iniziative sporadiche, individuali o comunque scoordinate; al contrario appare perentoria l'esigenza di un'entità definita che si faccia ufficialmente carico dello sviluppo didattico complessivo in ogni Facoltà, e ciò in totale accordo, ma anche con chiara autonomia operativa rispetto agli organi accademici tradizionali.

Sembra altrettanto logico - almeno a chi scrive - che l'offerta didattica di un CdL con elevati standard qualitativi *non* possa essere garantita dal solo coordinamento temporale delle offerte individuali dei suoi Docenti; al contrario è necessaria un'integrazione effettiva degli apporti individuali, affidata a un organismo *super partes* con competenze specifiche.

Ma a quale organismo può venire affidata un'operazione così delicata, che richiede una organizzazione complessa e integrata ?

Una soluzione efficace

Nella proposta di Regolamento didattico, preparata dalla Conferenza permanente dei Presidenti di CdLs in Medicina è prevista la così detta "*Commissione tecnica per la pianificazione didattico-pedagogica*": probabilmente questo è l'organismo oggi più idoneo ad accollarsi anche la pianificazione della formazione dei propri Docenti coerente con le necessità didattiche effettive della propria Facoltà.

A conforto di tale affermazione si ricordano di seguito le funzioni di detta Commissione, come sono descritte nel Regolamento didattico.

La Commissione:

- identifica gli obiettivi formativi del *core curriculum* ed attribuisce loro i crediti formativi, in base all'impegno temporale complessivo richiesto agli Studenti per il loro conseguimento;
- aggrega gli obiettivi formativi nei Corsi che risultano funzionali alle finalità formative del CdLS;
- propone con il consenso degli interessati, le afferenze ai Corsi di insegnamento dei Professori e dei Ricercatori, tenendo conto delle necessità didattiche del CdLS, delle appartenenze dei Docenti ai settori scientifico-disciplinari, delle loro propensioni e del carico didattico individuale;
- pianifica di concerto con i Docenti l'assegnazione ai Professori e ai Ricercatori dei compiti didattici specifici, finalizzati al conseguimento degli obiettivi formativi di ciascun Corso, *garantendo nello stesso tempo l'efficacia formativa e il rispetto delle competenze individuali*;
- individua con i Docenti le metodologie didattiche adeguate al conseguimento dei singoli obiettivi didattico-formativi;
- organizza l'offerta di attività didattiche elettive e ne propone al CdLS l'attivazione;
- discute con i Docenti le modalità di preparazione delle prove – formative e certificative – di valutazione dell'apprendimento, coerentemente con gli obiettivi formativi prefissati;
- organizza il monitoraggio permanente di tutte le attività didattiche con la valutazione di qualità dei loro risultati, anche attraverso le valutazioni ufficialmente espresse dagli Studenti;
- organizza un servizio permanente di tutoraggio degli Studenti, al fine di facilitarne la progressione negli studi;
- *promuove iniziative di aggiornamento didattico e pedagogico dei Docenti.*

Insomma, la Commissione dovrebbe svolgere preziosi compiti tecnici di integrazione didattica, coordinando ambiti tra loro altrimenti difficilmen-

te comunicanti e potrebbe rappresentare l'organismo che assume in proprio la responsabilità diretta e immediata della gestione didattica dei CdL; può quindi rappresentare l'organismo "naturale" che cura l'aggiornamento didattico e la formazione pedagogica dei docenti. Ma per svolgere questi compiti, la Commissione Tecnica non può essere un organismo rappresentativo degli "interessi" delle diverse categorie di Docenti (Ordinari, Associati, Ricercatori, Medici, Chirurghi, Generalisti, Specialisti, ecc.), spesso in conflitto tra loro; al contrario dovrebbe essere costituita da persone con specifiche competenze in ambito didattico e pedagogico; in altri termini dovrebbero farne parte Docenti della Facoltà con esplicita vocazione e competenza formativa, ma anche altri "professionisti della formazione" (pedagogisti, psicologi, tecnici della comunicazione, ecc.). Le Commissioni tecniche per la pianificazione didattico-pedagogica verrebbero così a prefigurare quei "Centri di Educazione Medica" generalmente presenti da tempo negli Atenei dei Paesi più avanzati e colà responsabili di tutta la pianificazione e organizzazione dell'offerta didattica; da noi detti Centri ancora faticano a decollare e sono attivi solo in pochissime Facoltà mediche.

Da una siffatta modalità organizzativa sia l'Istituzione che i suoi membri avrebbero tutto da guadagnare e ben poco da perdere: infatti, il CdL potrebbe giovare di un organismo competente in programmazione, ma anche esperto in principi pedagogici e in metodologie didattiche; quindi il CdL potrebbe finalmente svolgere su basi definite e rispettate il compito che le norme gli attribuiscono ma che effettivamente non è mai stato in grado di onorare: l'attribuzione individuale dei compiti didattici in funzione soprattutto dei bisogni formativi e non solo delle aspirazioni personali dei Docenti.

Verrebbe istituzionalizzata una sede dove sarebbero tutelate le competenze e le attitudini personali nella negoziazione dei compiti didattici individuali, in modo che questi non entrino in conflitto con le esigenze formative degli studenti; ciò porterebbe a una personalizzazione delle prestazioni didattiche dei singoli e questi sarebbero sollevati dalla mansione burocratica della organizzazione materiale di un Corso (quello che tuttora è generalmente vissuto come il "proprio" Corso); così si eviterebbero i conflitti permanenti con gli altri Docenti con titolarità analoga e ogni Docente godrebbe di una maggiore libertà nella programmazione temporale degli impegni acca-

demici non didattici, avendo collocato quelli didattici in tempi definiti e previsti con congruo anticipo.

Infine, la centralizzazione della pianificazione didattica consentirebbe l'estensione dell'offerta di ogni Docente a un maggior numero di ambiti formativi senza sperequazioni e sovraccarichi, con una migliore utilizzazione delle risorse umane e la riduzione delle "sacche di sottoutilizzazione". Il tutto comporterebbe anche la possibilità di una migliore valutazione dell'attività docente.

Conclusioni riassuntive

Se quanto siamo andati dicendo ha un senso, si possono trarre senza troppi contrasti le seguenti conclusioni schematiche:

- l'offerta didattica della Facoltà e dei suoi CdL sta diventando un elemento determinante nelle valutazioni comparate di qualità (immagine e risorse);
- i risultati positivi sono frutto di un impegno collettivo e coordinato;
- l'appropriatezza didattica e pedagogica richiede competenze professionali specifiche (oltre ai talenti individuali);
- è necessario incrementare e premiare le capacità pedagogiche personali dei Docenti;
- ogni Facoltà deve dotarsi di risorse formative interne per la formazione specifica dei propri Docenti;
- le Commissioni tecniche di pianificazione didattico-pedagogica sono le prime destinatarie delle iniziative di formazione pedagogica dei Docenti;
- le stesse Commissioni - con l'apporto interno o esterno di specifiche competenze "professionali" - sono gli organismi da privilegiare nella formazione dei Docenti.



L'iter di riforma degli Ordinamenti didattici

La proposta di riforma del D.M. 509/99 relativo all'autonomia didattica degli Atenei

Eugenio Gaudio (Roma, La Sapienza)

Il Ministro dell'Istruzione e dell'Università, On. Letizia Moratti, nel quadro della avviata revisione dei nuovi ordinamenti didattici universitari (il cosiddetto 3+2), ha insediato una Commissione di consulenza al Ministro presieduta dal Prof. De Maio. Nel mese di Aprile scorso la Commissione ha presentato un Documento, che è stato successivamente illustrato in una riunione con tutti i Presidenti delle Conferenze dei Presidi delle varie Facoltà, di cui riteniamo utile riportare i passi principali, con i più interessanti commenti ed osservazioni, soprattutto per quanto riguarda le problematiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

La Commissione ha innanzitutto ritenuto di dover esplicitare alcune riflessioni, nonché i criteri ed i suggerimenti elaborati per realizzare alcune modifiche al D.M. 509 ed ai successivi decreti attuativi, distinguendo le possibili successive osservazioni in due classi: a) quelle relative al contenuto del documento; b) quelle relative alla traduzione in articolato dei principi e suggerimenti espressi. Il documento ha individuato in primo luogo i fattori di contesto, gli obiettivi, i vincoli da rispettare e le proposte; infine i pre-requisiti e le azioni complementari necessarie per una ipotesi di riforma.

La Commissione ha ritenuto che non si potesse discutere in termini operativi prima di essere d'accordo sull'analisi di contesto, sugli obiettivi e i vincoli.

Considerazioni generali sul contesto

La prima importante considerazione effettuata dalla Commissione è che in realtà non esiste un "modello europeo" per il sistema educativo universitario; la EHEA (*European Higher Education Area*), infatti, non ha il significato di un modello unico per tutti i paesi e le aree formative; anche le dichiarazioni successive (Parigi, Bologna, Praga) hanno fornito indicazioni di massima non vincolanti, né uniche. Gli obiettivi principali da porsi devono consistere nel trovare sistemi che facilitino la mobilità durante e dopo il percorso degli studi. Per questo si richiede un sistema che renda facile il riconoscimento della carriera formativa. Il sistema a tre livelli, che si adatta facilmente al sistema anglosassone utilizzato in USA e

Gran Bretagna, ha trovato facile accoglienza anche da noi con l'adozione indiscriminata del cosiddetto 3+2 (+3). In particolare, da noi, la cultura e la consuetudine della norma uniforme, una scarsa attenzione all'autonomia, nonché la affrettata adozione del sistema, senza una adeguata gradualità e approfondimento nell'applicazione, e l'adozione di uno schema unico, non differenziato rispetto alle aree culturali, hanno peggiorato sempre più la situazione.

L'applicazione da parte di molte Università non è risultata soddisfacente: le principali opportunità della riforma appaiono oggi disattese, vi è una dequalificazione degli studi, il triennio è visto come una formazione di serie "B" rispetto al precedente percorso in genere di durata quadriennale, ed essendo la laurea triennale il passaggio obbligato, si può prevedere il rischio di un degrado generalizzato. Inoltre, il tentativo di mettere insieme una formazione di base, con un primo triennio unico per corso di laurea, e una formazione professionalizzante che offre un ampio ventaglio di offerte, ha prodotto una dilatazione eccessiva dell'offerta di corsi di laurea, spesso anche per soddisfare esigenze di natura accademico-disciplinari.

Sarebbe però semplicistico concludere che, a fronte di risultati disattesi, sia la struttura della riforma ad essere errata: occorrono più dati per poter fare questa affermazione. La Commissione ha sempre tenuto presente queste caratteristiche, come delle indicazioni a livello europeo e della riformulazione dei programmi di studio delle università.

Una ulteriore notazione da tenere presente riguarda i dati non sufficientemente verificati che evidenziano situazioni macroscopicamente negative, per esempio riguardo gli abbandoni. E' indispensabile disporre di un sistema certificato di dati per poter trarre conclusioni attendibili e non affrettate.

I principali vincoli da rispettare

Poiché la riforma è già stata avviata da quasi tutte le Università, una modifica sostanziale è da considerarsi improponibile: la confusione che si genererebbe nel corpo accademico, negli studenti e nel mondo del lavoro per i continui

cambi di figure professionali, procurerebbe un danno maggiore del beneficio di una riconfigurazione della struttura generale. Pertanto, le proposte sono state formulate dalla Commissione nel rispetto dei progetti già formulati dalla Università, non accettando le posizioni estreme di chi rifiuta qualsiasi modifica alla formulazione originaria in quanto disturbante, e nella linea di interventi che possono ridurre i vincoli, aumentare la flessibilità e le opzioni disponibili, correggere forzature accettate in ossequio alle regole, permettere di adottare modelli innovativi.

Altro vincolo da rispettare riguarda i criteri di selezione degli studenti. Risulta infatti proponibile che vi siano filtri fortemente selettivi durante il percorso formativo, o nel passaggio da un percorso ad un altro, anche di livello superiore, ma non appare prospettabile una selezione per l'immatricolazione al primo livello di studi. Ciò non contraddice il vincolo per le lauree europee nel settore medico e dell'architettura, già previste su durate differenti. La selezione non è un obiettivo formativo, ma diventa una necessità per raggiungere gli obiettivi stessi.

Un terzo vincolo riguarda le facoltà mediche e sanitarie. La Commissione ritiene che sia il MIUR a dover caratterizzare gli aspetti specifici e comuni dell'organizzazione universitaria medica e i rapporti fra regioni e atenei, per valorizzare le potenzialità delle Università e la loro partecipazione nella pianificazione e attuazione dei piani sanitari. La Commissione si è perciò astenuta dal formulare proposte sui *curricula* degli studi medici.

Un quarto vincolo riguarda l'uniformità a livello nazionale. Senza ledere l'autonomia, l'opinione della Commissione è di non lasciare libera *in toto* la singola università, finché rimane il valore legale del titolo di studio. Pertanto, si è ritenuto di fornire linee-guida piuttosto che norme rigide, fermo restando la necessità di adottare un sistema severo di valutazione e sanzione.

Gli obiettivi

La Commissione ha ritenuto imprescindibile la finalità di conseguire congiuntamente *obiettivi di qualità e di quantità*. Aumentare il numero di persone non deve significare un abbassamento qualitativo: va curata la formazione di base e non va confusa la formazione di tipo universitario con il semplice addestramento al mestiere. La specializzazione va vista sotto diversi aspetti: a) approfondimento metodologico-disciplinare (laurea di secondo livello); b) specializzazioni professionali con altri percorsi

formativi, (per es. i master di primo livello); c) per professionalità più raffinate, bisogna attivare i master di secondo livello.

Emerge inoltre la necessità di *coltivare le eccellenze* definendo *curricula* specifici per chi ha particolari capacità, per approfondimenti concettuali e metodologici e volontà di impegno. Si deve poter rendere possibili accelerazioni del percorso didattico, pur puntando ad una assoluta qualità dei corsi. Si deve inoltre puntare alla riduzione degli abbandoni e dello scarto tra tempo effettivo e tempo legale, mantenendo la qualità. Ciò può voler dire riformulare programmi e metodi didattici e di valutazione.

Altro punto cruciale è l'aumento della flessibilità: possibilità di scelta dello studente; formulazione di progetti didattici dell'università; possibilità di combinare *curricula* diversi per ottenere percorsi "misti"; adottare percorsi di studio con diverse possibilità di ingresso, per es. accesso alla laurea specialistica a laureati di diversa provenienza.

Ulteriore attenzione deve essere rivolta al mantenimento ed aumento della riconoscibilità del titolo conseguito: permanenza nel tempo delle basi formative di un *curriculum* e riconoscimento dal mercato del lavoro per tutti i percorsi formativi, in tutti i paesi.

Inoltre, obiettivo irrinunciabile deve essere l'aumento dell'internazionalizzazione: attrarre studenti brillanti, ricercatori e docenti da altri paesi, anche adeguando le attuali normative nazionali.

Infine, la accettazione della competitività, dove la scelta congiunta dello studente e del mercato del lavoro (in senso lato) dimostrerà il grado di aderenza dell'università all'obiettivo finale. L'obiettivo generale è cambiare il "diritto di accesso" in "diritto di successo". La Commissione affronterà successivamente la tematica sui sistemi di *governance*.

Azioni complementari, prerequisiti

In questo capitolo, la Commissione ha indicato azioni e interventi da predisporre parallelamente e congiuntamente, ed in particolare:

- Un approfondito e severo sistema di valutazione e di sanzione che verifichi la qualità dell'università attraverso i risultati ottenuti in relazione ai programmi didattici ed ai progetti. Per esempio: individuare profili finali per i diversi percorsi; grado di risposta del "mercato del lavoro"; livello qualitativo della formazione; requisiti minimi per l'attivazione di percorsi di

livelli superiori; criteri di selettività per l'accettazione a tutti i livelli; mobilità di studenti e docenti; qualificazione internazionale, ecc. In ogni caso, appare necessario ridurre l'utilizzo di criteri esclusivamente quantitativi o formali; inoltre bisogna tenere ben presente che le "certificazioni di qualità" certificano il "modo di procedere", non la "qualità" del prodotto finale.

- Un più stretto collegamento tra università e scuola secondaria per evitare gravi situazioni di "debiti formativi", spesso non accertati o non pagati, che portano ad aumento degli abbandoni e allungamento della durata degli studi: è difficile che lo studente con debiti formativi possa seguire i corsi del primo anno. L'università non deve farsi carico del pagamento dei debiti formativi: ciò costituisce un onere improprio. Con un maggiore collegamento tra università e scuola si auspica l'istituzione di un sistema di orientamento più efficace e di affrontare altri problemi: a) qualità dei docenti di scuole medie; b) riduzione degli studi scientifico-tecnologico; c) "sparizione" di fatto di scuole di alta specializzazione.

- Predisporre un sistema di monitoraggio dei risultati della riforma che: a) identifichi i fattori condizionanti i risultati; b) confronti la situazione con i principali paesi dell'Europa continentale; c) controlli il grado di attrattività verso studenti brillanti di paesi terzi. Bisogna comunque precisare *prima* gli obiettivi, gli indicatori conseguenti, i sistemi, i metodi e gli strumenti di misura.

- Le risorse: oltre all'incremento quantitativo, occorre individuare criteri di ripartizione basati su parametri di qualità, valutare come sono attualmente utilizzate le risorse: senza un incremento delle risorse tutto il sistema di valutazione e di sanzione non può operare.

Proposte

La Commissione ha quindi avanzato delle proposte, che richiedono un cambiamento della legge esistente, e delle indicazioni, che si auspica le Università accolgano nella loro autonomia, il Ministro faccia proprie e il CNVSU traduca in criteri di valutazione.

La Commissione ha ritenuto necessario dare enfasi ed accelerare il processo di autonomia del sistema universitario, considerando negativa una norma che porti ad un comportamento unico di tutte le università per gli stessi corsi principalmente perché:

- spesso l'uniformità è solo nominalistica e formale;

- si deve esaltare la ricchezza culturale, competitività ed emulazione tra le università;

- per mantenere il valore legale del titolo basta indicare il numero minimo di prescrizioni e vincoli;

- è previsto il "diploma supplement", col dettaglio della vita curriculare dello studente.

L'insieme delle proposte presuppone un severo sistema di valutazione poiché si adotta un sistema misto basato sull'autorizzazione *ex-ante* (requisiti minimi), ma soprattutto sulla valutazione *ex-post* dei risultati effettivamente ottenuti. Riguardo ai requisiti minimi si è d'accordo con il CNVSU su un corpo docente adeguato e appropriati servizi per le lauree di secondo livello.

Punto fondamentale della valutazione complessiva della Commissione è che non si è ritenuto di toccare la struttura complessiva della riforma, lasciando inalterati i due livelli in sequenza e ritenendo non proponibile l'ipotesi di due percorsi in parallelo (uno sequenziale, l'altro ad uscita unica). La Commissione ritiene più adeguato il "percorso ad Y" consigliabile per i corsi di laurea che mirano a una preparazione per l'ingresso nel mondo del lavoro (tramite un percorso più professionalizzante) e una preparazione per una prosecuzione degli studi (a formazione più metodologica e di base). In ogni caso, deve essere presente un periodo comune variabile, ma mai inferiore a 60 crediti, a forte contenuto di base e di metodo; il percorso metodologico deve essere selettivo; bisogna prevedere passerelle fra i due percorsi. Un'unica preparazione indifferenziata non è compatibile con due figure differenti alla fine del triennio.

La laurea di primo livello rimane basata su 180 crediti, e per profili professionali in cui esiste la difficoltà di raggiungere un livello adeguato con soli 180 crediti, si ritiene di utilizzare il master di primo livello. Si ritiene non conveniente il proliferare di percorsi differenti per evitare eccessiva confusione; d'altra parte il livello dei master, riconosciuti con valore legale, sembra adeguato per tali esigenze. Corsi di laurea differenti sono da prevedere solo per differenziazioni non inferiori al 40% dei crediti totali. La Commissione non ha ritenuto di avanzare la proposta per corsi di laurea particolari di percorsi diretti di 240 crediti.

La laurea specialistica (120) crediti deve essere fortemente selettiva riguardo al merito per proteggere l'eccellenza. Non sono possibili deroghe all'obbligo della laurea triennale; si

propone l'adozione del numero chiuso, in base alle risorse disponibili, che ogni università dovrà stabilire, insieme ai criteri di accesso. Qualora una larghissima percentuale di studenti non si fermi al primo livello e prosegua nella laurea specialistica, la riforma andrà ripensata.

Proposte che si configurano come linee guida

La laurea triennale prevede due alternative che si discostano dopo un tratto comune non inferiore a due semestri. Da una parte una formazione professionalizzante che mette lo studente in grado di entrare direttamente nel mondo del lavoro seguendo un percorso ricco di stage, tirocini, insegnamenti applicativi. Dall'altro una preparazione più di base e metodologica, con minori chances immediate per il mondo lavorativo, ma che permette di seguire il corso biennale. E' auspicabile che una percentuale piccola di studenti segua il percorso metodologico: se, come sembra avvenire, la maggior parte si indirizza in questa direzione, vengono meno i motivi della riforma. Questa indicazione viene a cadere quando si adottano sistemi forti di selezione per l'immatricolazione.

La prova finale può essere fortemente differenziata tra i due percorsi. Nel caso di ramo professionalizzante deve essere fatta una verifica molto consistente per verificare il grado di inseribilità nel mondo del lavoro; nell'altro caso si potrebbe verificare la capacità di "mettere a sistema" quanto appreso nel triennio. Le due modalità possono essere diverse (opportunità della verifica scritta); non penalizzare gli studenti più bravi.

Per aumentare gli spazi di autonomia, bisogna ridurre i vincoli. Pur mantenendo il vincolo delle classi (da ripensare) il numero deve essere ridotto, così come il vincolo sui crediti, per esempio considerando un limite di 50% e riferendosi

solo alle materie di base e caratterizzanti. Ciascuna università deve prevedere le regole di accesso alle lauree specialistiche.

La laurea di secondo livello va definita da un curriculum a parte, da 120 crediti e da criteri di accesso che permettono una differenziazione nel curriculum. E' indispensabile, quindi, potenziare i master, soprattutto di primo livello; stimolare la progettazione di curricula biennali per studenti provenienti da trienni diversi; ridurre al massimo i vincoli sui crediti riservandoli agli insegnamenti caratterizzanti; ridurre il numero delle classi attraverso un accorpamento di classi esistenti, non una loro ridefinizione.

Oltre ai motivi già espressi sopra sulla riduzione del numero delle classi, si aggiunge la accentuata necessità di una riconoscibilità e validità nel tempo: lauree di secondo livello troppo specifiche perdono di qualità e di permanenza e potrebbero necessitare di percorsi formativi diversi da quelli tradizionali, cui corrisponde il 3+2. Per evitare l'eccessiva proliferazione, ogni corso di studi dovrebbe differenziarsi dagli altri per una percentuale di almeno 40% dei crediti.

La Commissione conclude la sua disamina affermando che in seguito sarà da affrontare il problema dei Settori Scientifico Disciplinari (SSD), la cui reale motivazione attuale risiede nei concorsi, anche con un confronto con gli altri stati europei. Ogni vincolo disciplinare è un ostacolo alla innovazione e alla scoperta di nuovi campi di ricerca: poiché i SSD rispondono ad una logica di corporazione scientifica, sarebbe auspicabile una loro eliminazione, o per lo meno, riduzione; la commissione auspica che questo argomento, peraltro più collegato al problema dello stato giuridico, venga affrontato per superare i numerosi problemi nella formulazione dei progetti didattici e per garantire un pieno utilizzo della autonomia didattica degli Atenei.

HIPERICO



ASCHIRO



Proposta di riassetto delle Scuole di specializzazione di area sanitaria

Aldo Pinchera (Pisa), Andrea Lenzi (Roma La Sapienza)

Il Gruppo di Lavoro (vedi nota) è stato istituito dal MIUR (D.M. 1/2/2001; D.M. 28/2/2001) con il compito di elaborare una proposta di riordino degli ordinamenti didattici delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria nel quadro della riforma generale degli studi universitari. Il Gruppo di lavoro, composto da esperti del settore, ha tenuto conto delle proposte redatte dai Referenti Nazionali delle Scuole di Specializzazione nelle riunioni coordinate dal CUN e dal MIUR nel corso degli ultimi cinque anni. Il Gruppo di Lavoro ha anche tenuto presente i compiti assegnati all'Osservatorio Nazionale della Formazione Medica Specialistica (D.M. 23/10/2000; D.M. 06/05/2002) preposto più specificamente alla determinazione degli standard per l'accreditamento dei requisiti di idoneità nonché al monitoraggio delle Scuole.

Per assicurare un collegamento con l'Osservatorio Nazionale, il Gruppo ha ritenuto opportuno cooptare i Coordinatori dell'Area Medica, dell'Area Chirurgica e dell'Area dei Servizi Clinici dell'Osservatorio. Sono stati, inoltre, cooptati i Consiglieri dell'Area Scienze Mediche del CUN non presenti nel Gruppo di Lavoro. Analogamente è stato mantenuto un rapporto interattivo con i Rappresentanti del Ministero della Salute preposti alle attività formative di area sanitaria.

La redazione finale della proposta dell'aprile 2003 ha accolto i suggerimenti e le modifiche proposte dall'Osservatorio Nazionale della Formazione Medica Specialistica, dalla Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e da altri organi istituzionali.

Introduzione

La proposta di riassetto delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria è basata sulla esigenza di adeguare gli ordinamenti didattici delle Scuole alle direttive dell'Unione Europea nel quadro della riforma generale degli studi universitari. In questo contesto si è perseguito lo scopo di razionalizzare gli ordinamenti didat-

tici delle Scuole finalizzandole al *conseguimento di una piena e autonoma capacità professionale dello specializzando*, fondata su una solida base scientifica.

Si è ritenuto opportuno raccogliere in un unico provvedimento organico e coerente gli ordinamenti didattici delle Scuole dell'Area Sanitaria attivate o proposte in tempi diversi con provvedimenti distinti. Sono state pertanto prese in considerazione le Scuole dell'Area Sanitaria a normativa CEE, le Scuole attivate per le esigenze del Servizio Sanitario Nazionale, altre Scuole dell'Area Sanitaria per cui è stata chiesta l'attivazione. A queste vanno aggiunte le Scuole di Specializzazione dell'Area Veterinaria.

I nuovi ordinamenti didattici così come proposti si caratterizzano nella loro impostazione sotto numerosi aspetti rispetto agli ordinamenti attuali. Meritano di essere segnalati i seguenti punti, che verranno approfonditi nelle pagine seguenti:

1. Coerentemente all'impostazione professionalizzante, un peso preponderante è assegnato alle attività formative che caratterizzano la specificità della Scuola; oltre due terzi dell'impegno orario dello specializzando sono riservati alle attività pratiche professionalizzanti.
2. Un terzo dell'impegno complessivo dello specializzando è riservato alle attività formative di didattica prevalentemente interattiva, onde assicurare una solida preparazione scientifica attraverso l'acquisizione critica del sapere.
3. Per gruppi di Scuole omogenee è stato individuato un ambito di saperi comuni denominato *tronco comune* inteso come complesso fondamentale di saperi che valga a supportare e integrare le attività formative specifiche per ciascuna tipologia.
4. Le attività formative tradizionalmente distinte in attività didattiche formali e in attività professionalizzanti sono concepite nei nuovi ordinamenti, in un rapporto integrato e continuativo, con una forte enfasi ai seminari e alla didattica interattiva.

5. L'attività formativa è affidata a docenti universitari e docenti affiliati operanti in strutture non universitarie inserite nella rete della Scuola. Particolare importanza è assegnata alla funzione tutoriale articolata in tre distinte figure: a) *docente-tutore ad personam*; b) *docente-tutore di gruppo*; c) *specializzando-tutore*.
6. La verifica della qualità dell'apprendimento è affidata a diversi strumenti, quali *le prove in itinere, il libretto-diario e la prova finale* (discussione della tesi di specializzazione integrata dalle valutazioni periodiche e dal giudizio dei docenti-tutori).
7. A ciascuna Scuola è assegnata una autonomia funzionale e organizzativa con afferenza alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e l'integrazione in una rete formativa di strutture universitarie ed extra universitarie proporzionata al numero degli specializzandi e adeguata al conseguimento di un complesso addestramento professionale.
8. Per garantire una piena ed efficiente utilizzazione delle risorse umane e strutturali sono indicate le linee generali per *adeguare il numero e le dimensioni delle Scuole alle esigenze del sistema sanitario*, secondo i criteri di accreditamento stabiliti dall'Osservatorio Nazionale della Formazione Specialistica.

Struttura della proposta

AREE, CLASSI, ATTIVITÀ FORMATIVE E RELATIVI CFU

Nella proposta di riassetto le Scuole di Specializzazione dell'Area Sanitaria sono state ripartite in tre aree: Area Medica, Area Chirurgica e Area dei Servizi Clinici. Per motivi di opportunità operativa l'Area dei Servizi Clinici è stata suddivisa in tre sotto-aree: sotto-area dei Servizi Clinici Diagnostici e Terapeutici, sotto-area dei Servizi Clinici Organizzativi e della Sanità Pubblica, sotto-area Veterinaria (*Tab. 1*).

In armonia con l'impostazione della riforma universitaria (D.M. 509/99), nell'ambito delle singole aree le Scuole sono aggregate in Classi omogenee al fine di consentire una migliore utilizzazione delle risorse strutturali, didattiche, assistenziali. Per la costruzione delle Classi e degli ordinamenti didattici sono stati adottati i criteri seguiti per le Lauree e le Lauree Specialistiche (*Tab. 2*).

Per ciascuna tipologia è indicato il *profilo professionale dello specialista* e sono indicati i rela-

tivi *obiettivi formativi* e i corrispondenti *percorsi didattici*, funzionali al conseguimento delle necessarie conoscenze culturali e abilità professionali. Per il conseguimento del titolo di specialista è necessario l'acquisizione di 300 Crediti Formativi Universitari (CFU) con i quali è quantificato l'apprendimento nei cinque anni di corso (o 360 per i percorsi formativi delle Scuole articolate in sei anni di corso).

Le attività formative sono finalizzate a perseguire gli obiettivi caratterizzanti il profilo professionale dello specialista e strutturate in percorsi didattici adeguati. Le attività formative indispensabili per conseguire il titolo sono distinte in: *attività di base*, di regola comuni a tutta la classe; *attività caratterizzanti*, a loro volta distinte in attività comuni della classe e attività specifiche della singola tipologia; in *attività formative affini e integrative*; *attività elettive*, a scelta dello studente; *attività formative dedicate alla prova finale*. Per assicurare una più ampia flessibilità, sono previste anche *altre attività formative* da definire nelle singole sedi. Le attività formative sono organizzate in *ambiti* di saperi omogenei, sia per la didattica formale che per la didattica professionalizzante. I saperi sono individuati e indicati con i corrispondenti *settori scientifico-disciplinari*.

Per ciascuna classe, e ovunque necessario o opportuno, è stato individuato un ambito di saperi comuni, denominato *tronco comune*, inteso come complesso fondamentale di saperi che valga a supportare e integrare le attività formative specifiche per ciascuna tipologia. La strutturazione del *tronco comune* tiene conto delle diverse esigenze delle tre aree specialistiche (medica, chirurgica e dei servizi) e, nell'ambito delle singole aree, anche delle caratteristiche proprie di ciascuna classe di Scuole omogenee. Ciò vale in modo particolare per l'Area dei Servizi nella quale sono previsti schemi di tronco comune differenziati. Per ciascun tronco comune va identificato il *docente coordinatore*: nell'Area Medica e nell'Area Chirurgica il coordinatore va identificato, rispettivamente, nel docente di Medicina Interna e nel docente di Chirurgia Generale, che sono le discipline "madri" da cui derivano le diverse specialità mediche e chirurgiche; nell'Area dei Servizi Clinici il coordinatore corrisponde al titolare della disciplina prevalente in ciascuna classe. In rapporto con le diverse necessità formative il coordinatore si avvale della collaborazione delle altre discipline specialistiche compre-

se nel tronco comune. Al fine di assicurare una interazione continua tra disciplina madre e singola specialità, il tronco comune va attivato durante tutto il percorso formativo, seppure con una chiara prevalenza nel primo anno di corso.

La ripartizione dei CFU alle attività formative e professionalizzanti deve garantire l'assegnazione di quanto meno il 70% dei CFU complessivi dell'intero percorso formativo delle attività professionalizzanti.

Tenuto conto dell'*abolizione degli indirizzi* stabilita dal D.L. 368/99, un adeguato peso in termini di CFU è dato alle *attività elettive* in modo da consentire l'elaborazione di *curricula* utili all'acquisizione di *specifiche capacità professionali*.

La preparazione della tesi di specializzazione è parte integrante del percorso formativo, è dotata di specifici CFU e vale, insieme alle attività elettive, a caratterizzare il curriculum individuale.

ASPETTI ORGANIZZATIVI E STRUTTURALI

Le Scuole di Specializzazione sono una parte integrante dell'intero percorso formativo del medico, necessaria al conferimento delle capacità professionali specialistiche. Ciò comporta sul piano organizzativo e formativo una inscindibile continuità con il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Il peso rivestito dall'aspetto professionalizzante rende necessaria una piena integrazione e compenetrazione con le attività assistenziali proprie delle strutture sanitarie universitarie ed extra-universitarie. Le attività assistenziali devono assicurare un completo addestramento professionale nelle attività pratiche in conformità con le norme comunitarie. In base a queste premesse si è ritenuto utile specificare che:

- Le Scuole di Specializzazione di Area Medica, Chirurgica e dei Servizi Clinici *sono afferenti alle Facoltà di Medicina e Chirurgia* con il concorso di altre Facoltà ove opportuno e necessario. Per specifiche tipologie (es. farmacia ospedaliera, fisica sanitaria, area veterinaria) sono previste afferenze ad altre Facoltà.
- La Scuola ha *sede presso una struttura universitaria* ed è dotata di una propria segreteria che ne assicuri l'*autonomia funzionale e organizzativa*.
- La Scuola opera nell'ambito di una *rete formativa dotata di risorse assistenziali e socio-assistenziali adeguate* allo svolgimento delle attività professionalizzanti, secondo gli standard

individuati dall'Osservatorio Nazionale.

- La Scuola è dotata di *risorse didattiche (aule, biblioteche, laboratori, ecc.)* adeguate al programma formativo previsto dall'ordinamento didattico e definito dal Consiglio della Scuola, con piena aderenza agli standard proposti dall'Osservatorio Nazionale.
- Per ciascuna tipologia è consentita l'attivazione di *una sola Scuola di Specializzazione per Facoltà di Medicina e Chirurgia*, con la possibile eccezione di ulteriori Scuole in caso di corsi di laurea o poli didattici multipli in accordo con i criteri relativi alle dimensioni della rete formativa stabiliti dall'Osservatorio Nazionale.
- Condizione indispensabile per l'attivazione della Scuola è che tale rete formativa sia adeguata e proporzionata al *numero minimo* (di norma di tre per anno di corso) e *massimo di specializzandi iscrivibili, determinato dallo statuto della Scuola*.
- L'attivazione di Consorzi (o analoghe forme organizzative) di Scuole di Specializzazione della stessa tipologia afferenti a Facoltà di Medicina e Chirurgia di diversi Atenei è prevista e raccomandata, ove opportuno, al fine di assicurare una vantaggiosa utilizzazione delle risorse strutturali e del corpo docente.

CORPO DOCENTE

Per rispondere alle esigenze dettate dal peso determinante delle attività professionalizzanti nelle Scuole di Specializzazione dell'Area Sanitaria, il Corpo Docente è primariamente composto da figure proprie della specificità della Scuola, con la piena utilizzazione delle figure professionali operanti nelle strutture universitarie e non universitarie inserite nella rete formativa.

In particolare si raccomandano le seguenti linee direttive:

1. Il corpo docente comprende *docenti universitari* (Professori di ruolo o fuori ruolo di I e II fascia e Ricercatori Universitari) e *docenti affiliati operanti in strutture* non universitarie, accreditate/convenzionate con la Scuola, nominati dalla Facoltà su proposta del Consiglio della Scuola.
2. Il corpo docente comprende *almeno un Professore di ruolo o fuori ruolo nel settore scientifico-disciplinare di riferimento della specialità*, di norma di I fascia (per le Scuole per le quali non è identificabile un settore

- scientifico-disciplinare di riferimento, almeno un Professore di ruolo o fuori ruolo afferente ad un settore scientifico-disciplinare dell'ambito specifico della tipologia della Scuola).
3. *La direzione della Scuola* è affidata ad un Professore di ruolo o fuori ruolo del settore o dei settori scientifico-disciplinari di riferimento della Scuola quali si evincono dall'ambito specifico della singola tipologia inserito nella tabella di Attività caratterizzanti presenti in ogni classe o di altri settori dichiarati affini secondo quanto previsto dall'allegato "D" del D.M. 4 ottobre 2000 pubblicato sulla G.U. n. 249 del 24 ottobre 2000 – supplemento ordinario 175.
 4. Il corpo docente comprende *almeno un Docente Universitario* (Professori di ruolo o fuori ruolo di I e II fascia e Ricercatori Universitari) *per ciascuno degli ambiti delle Attività caratterizzanti* e almeno un docente universitario per i settori scientifico-disciplinari degli altri ambiti *attivati* nelle diverse attività formative.
 5. Per i settori scientifico-disciplinari compresi nelle *Attività di base e nelle Attività affini ed integrative è possibile istituire la figura del Docente consulente* che, pur rientrando nel corpo docente della Scuola, esplica la sua attività didattica a carattere interdisciplinare senza obbligo di uno specifico corso formale.
 6. Ai *Docenti affiliati*, per i quali sarà predisposto un opportuno quadro normativo di riferimento, vengono, su proposta del Consiglio della Scuola, affidati compiti di attività didattica formale, professionalizzante e tutoriale in rapporto con le esigenze formative della Scuola. L'affidamento richiede una certificazione e/o una verifica (da parte del Consiglio della Scuola) di esperienza didattica e, ove possibile ed opportuno, il servizio di almeno cinque anni presso strutture specialistiche accreditate.
 7. Per la *funzione tutoriale* sono previste tre distinte figure: a) il *tutore ad personam*, individuato nel docente che segue e consiglia il singolo specializzando durante tutto l'intero corso formativo specialistico; b) il *tutore di gruppo*, individuato nel docente che segue un piccolo numero di specializzandi per lo svolgimento di specifiche attività formative professionalizzanti. Le due distinte figure tutoriali configurano un vero e proprio compito didattico, affidato a docenti universitari e

a docenti affiliati; c) lo *specializzando tutore* identificato nello specializzando anziano che, secondo quanto determinato dal Regolamento della Scuola, guida l'attività degli specializzandi dei primi anni di corso.

8. Per alcune specifiche competenze non presenti in ambito universitario o di strutture non universitarie accreditate/convenzionate con la Scuola, si potrà fare ricorso ad un limitato numero di *contratti per esperti* nel campo di interesse della tipologia della Scuola.

SPECIALIZZANDI

Lo specializzando è inserito a tempo pieno nelle attività formative della Scuola e prende parte attiva alle attività assistenziali.

L'attività assistenziale degli specializzandi è finalizzata alla *acquisizione di competenze professionali specifiche* con una progressiva assunzione di responsabilità personale nella esplicazione delle attività professionalizzanti fino a raggiungere la piena autonomia. Va peraltro assicurata *una adeguata formazione culturale* basata su una solida preparazione scientifica.

L'attività dello specializzando nelle strutture assistenziali e socio-sanitarie *non può essere considerata o utilizzata a fini vicarianti* le funzioni del personale di ruolo previsto dalla struttura.

Il pieno impegno dello specializzando nelle attività formative teoriche e pratiche richiede misure di armonizzazione con i vincoli, anche orari, previsti da un *contratto di formazione*.

ACCESSI

L'accesso degli specializzandi non medici alle Scuole di Specializzazioni di Area Sanitaria, pone l'esigenza di armonizzare in un unico corso competenze specifiche con diverse connotazioni professionali. Questo problema si presenta nel caso delle Scuole delle Classi di Neuroscienze e Scienze Cliniche del Comportamento, di Medicina Diagnostica e di Laboratorio e di Servizi Clinici Specialistici Biomedici. In particolare, è opportuno che l'insieme delle lauree specialistiche che consentono l'accesso alla Classe della Medicina Diagnostica e di Laboratorio venga rivalutato anche in funzione delle professionalità richieste dal SSN.

Nella proposta di riassetto i *percorsi formativi* delle tipologie interessate sono stati opportunamente *differenziati* per tenere conto delle diverse competenze professionali per le quali

potrebbe essere anche previsto il rilascio di *titoli distinti*. Questo è particolarmente rilevante per la Classe dei Servizi Clinici Specialistici Biomedici nella quale il titolo di laurea posseduto dallo specializzando prelude a figure professionali fortemente distinte fra loro.

Prove in itinere, monitoraggio e prova finale

Ai fini delle periodiche verifiche di profitto è raccomandato l'uso di *prove in itinere* con cadenza regolata dai Regolamenti delle Scuole, basate su criteri definiti su base nazionale.

Il *monitoraggio interno* e la documentazione delle attività formative, con particolare riguardo alle attività professionalizzanti, è affidato all'uso del *libretto-diario delle attività formative* nel quale vengono annotate, e certificate mediante firma, le attività svolte dallo specializzando con un giudizio sulle capacità e le attitudini espresso dal docente-tutore preposto alle singole attività.

La *prova finale* consiste nella discussione della tesi di specializzazione e tiene conto dei risultati delle valutazioni periodiche derivanti dalle prove *in itinere* nonché dei giudizi dei docenti-tutori.

Le Università rilasciano una *certificazione che documenti l'intero percorso formativo* svolto dallo specializzando, indicando le Attività elettive che hanno caratterizzato lo specifico percorso individuale.

Conclusioni

La proposta, completa di un corposo, articolato e dettagliato volume in cui tutti gli ordinamenti delle singole tipologie sono stati riproposti dai Referenti e dai Collegi dei Direttori delle Scuole secondo le regole sopra esposte, è stata inviata all'attenzione del Ministro e verrà sotto-

posto agli Organismi di consulenza. Inoltre ed in parallelo i criteri generali per l'accreditamento e il monitoraggio sono oggetto di proposte specifiche da parte dell'Osservatorio Nazionale per la formazione medica specialistica, coordinato dal M.R. Prof. F. Latteri attualmente in fase di avanzata elaborazione.

Nota

COMPOSIZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO

Coordinatore: Prof. Aldo Pinchera

Coordinatore vicario: Prof. Giovanni Delrio

Segretario: Prof. Andrea Lenzi

Componenti: Prof. Giampaolo Cantore, Prof. Adelfio Elio Cardinale, Prof. Luciano Cerulli, Prof. Giovanni Danieli (Presidente della Conferenza Permanente dei CLS Medicina e Chirurgia), Prof. Giuseppe Del Porto, Prof. Carlo De Martinis, Prof. Federico Manenti, Prof. Umberto Maria Marinari (Presidente della Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia), Prof. Francesco Marotti, Prof. Attilio Maseri, Prof. Piero Tosi, Prof. Gastone Veroux, Dott. Vittorio Marrè Brunenghi (MIUR) Dott.ssa Teresa Pellegrini Cammarano (MIUR).

Componenti cooptati dall'Osservatorio Nazionale della Formazione Medica Specialistica: Prof. Angelo Maria Balestrieri (Area medica), Prof. Mario Campa (Area servizi), Prof. Giovanni Persico (Area chirurgica).

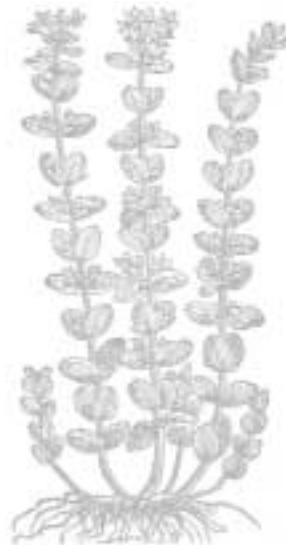
Componenti cooptati dall'Area Scienze Mediche del CUN: Prof. Clemente Crisci, Prof. Maurizio Taurino, Dott. Mario De Simone Sorrentino, Dott. Giovanni Garbarino.

Segreteria tecnica del MIUR: Dr.ssa Fiorella Bufacchi, Dr.ssa Vanda Lanzafame, Sig.ra Gabriella Bacchiocchi, Sig.ra Anna Maria Germanà.

HIPERICO



ASCHIRO



SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DELL'AREA SANITARIA

1. CLASSI DELLE SPECIALIZZAZIONI DI AREA MEDICA

La classe della MEDICINA CLINICA GENERALE comprende le seguenti tipologie:

- Medicina Interna
- Geriatria
- Medicina dello Sport
- Medicina Termale
- Oncologia Medica
- Medicina di Comunità

La classe della MEDICINA SPECIALISTICA comprende le seguenti tipologie:

- Allergologia e Immunologia Clinica
- Dermatologia e Venereologia
- Ematologia
- Endocrinologia e Malattie del Ricambio
- Gastroenterologia
- Malattie dell'Apparato Cardiovascolare
- Malattie dell'Apparato Respiratorio
- Malattie Infettive
- Malattie Tropicali
- Nefrologia
- Reumatologia

La classe NEUROSCIENZE E SCIENZE CLINICHE DEL COMPORTAMENTO comprende le seguenti tipologie:

- Neurofisiopatologia
- Neurologia
- Neuropsichiatria Infantile
- Psichiatria
- Pediatria
- Psicologia Clinica (accesso ai laureate in Medicina e Chirurgia e in Psicologia)

La classe di MEDICINA CLINICA DELL'ETÀ EVOLUTIVA comprende le seguenti tipologie:

- Pediatria

2. CLASSI DELLE SPECIALIZZAZIONI DI AREA CHIRURGICA

La classe delle CHIRURGIE GENERALI comprende le seguenti tipologie:

- Chirurgia Generale
- Chirurgia dell'Apparato Digerente
- Chirurgia Pediatrica
- Chirurgia Plastica e Ricostruttiva

La classe delle CHIRURGIE SPECIALISTICHE comprende le seguenti tipologie:

- Ginecologia ed Ostetricia
- Neurochirurgia
- Oortopedia e Traumatologia
- Urologia

La classe delle CHIRURGIE DEL DISTRETTO TESTA E COLLO comprende le seguenti tipologie:

- Chirurgia Maxillo-Facciale
- Oftalmologia
- Otorinolaringoiatria

La classe delle CHIRURGIE CARDIO-TORACO-VASCOLARI comprende le seguenti tipologie:

- Cardiochirurgia
- Chirurgia Toracica
- Chirurgia Vascolare

3. CLASSI DELLE SPECIALIZZAZIONI DI AREA SERVIZI CLINICI

3a. SOTTO AREA SERVIZI CLINICI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI

La classe della MEDICINA DIAGNOSTICA E DI LABORATORIO comprende le seguenti tipologie:

- Anatomia Patologica.
- Biochimica Clinica
- Microbiologia e Virologia
- Patologia Clinica

La classe della DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA comprende le seguenti tipologie:

- Radiodiagnostica
- Radioterapia
- Medicina nucleare

La classe dei SERVIZI CLINICI SPECIALISTICI comprende le seguenti tipologie:

- Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva
- Audiologia e foniatría
- Medicina fisica e riabilitativa
- Tossicologia Medica

La classe dei SERVIZI CLINICI SPECIALISTICI BIOMEDICI comprende le seguenti tipologie:

- Genetica medica
- Scienza dell'alimentazione
- Farmacologia

La classe delle SPECIALIZZAZIONI IN ODONTOIATRIA comprende le seguenti tipologie:

- Chirurgia orale
- Ortognatodonzia

3b. SOTTO AREA SERVIZI CLINICI ORGANIZZATIVI E DELLA SANITA' PUBBLICA

La classe della SANITÀ PUBBLICA comprende le seguenti tipologie:

- Igiene e Medicina Preventiva
- Medicina Aeronautica e Spaziale
- Medicina del Lavoro
- Medicina Legale
- Statistica sanitaria

La classe dell'AREA FARMACEUTICA comprende le seguenti tipologie:

- Farmacia ospedaliera
- Farmaceutica territoriale

La classe della FISICA SANITARIA comprende le seguenti tipologie:

- Fisica Medica.

3c. SOTTO-AREA VETERINARIA

La classe della IGIENE E SANITÀ ANIMALE comprende le seguenti tipologie:

- Sanità animale, allevamento e produzioni zootecniche
- Patologia e Clinica degli animali da affezione
- Malattie infettive, Profilassi e Polizia veterinaria
- Patologia suina
- Medicina e Chirurgia del Cavallo
- Clinica bovina

La classe della IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI comprendente le seguenti tipologie:

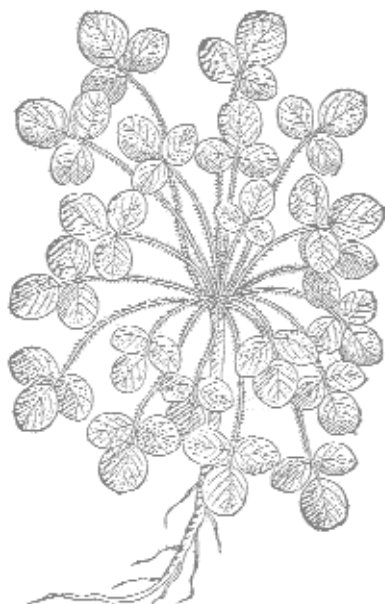
- Ispezione degli alimenti di origine animale.
- Igiene e controllo dei prodotti della pesca e dell'acquacoltura
- Igiene e tecnologia delle carni
- Igiene e tecnologia del latte e derivati

La classe della IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE comprende le seguenti tipologie:

- Allevamento, Igiene, Patologia delle specie acquatiche e controllo dei prodotti derivati.
- Tecnologia e Patologia delle specie avicole, del coniglio e della selvaggina.
- Fisiopatologia della riproduzione degli animali domestici
- Alimentazione animale
- Etologia applicata e benessere animale
- Miglioramento genetico degli animali domestici
- Scienza e medicina degli animali da laboratorio

Tab. 1- Proposta di suddivisione delle tipologie di Scuole di Specializzazione in Aree, Classi e Sotto-Classi.

TRIFOGLIO ASPHALTITE



TRIFOGLIO DE PRATI



NORME GENERALI

1. Per il conseguimento del *titolo di Specialista* nelle tipologie di corsi di specializzazione compresi nelle classi area medica, chirurgica e dei servizi clinici è necessaria l'acquisizione di **300 CFU** complessivi, articolati in **5 anni di corso** (o **360 CFU** per i percorsi formativi delle Scuole articolate in **6 anni di corso**). Per ciascuna tipologia di Scuola è indicato il *profilo professionale* dello specialista e sono identificati gli *obiettivi formativi* ed i relativi percorsi didattici funzionali al conseguimento delle necessarie conoscenze culturali ed abilità professionali

2. Gli obiettivi formativi ed i percorsi didattici sono identificati da *Attività formative indispensabili* per conseguire il titolo. Le Attività sono a loro volta suddivise in Ambiti omogenei di sapere, identificati da *Settori scientifico disciplinari*. Le strutture didattiche individuano e costruiscono, per le Scuole di Specializzazione previste nell'ambito della Classe, specifici percorsi formativi per la preparazione di ciascuna tipologia di figure professionali specialistiche, utilizzando i Settori scientifico disciplinari elencati negli Ambiti ritenuti utili alla preparazione dello specialista ed al raggiungimento degli obiettivi formativi propri della singola Scuola.

3. Le Attività formative indispensabili ed i relativi CFU sono così ripartiti:

a) *Attività di base* a cui sono assegnati fino a 5 CFU;

b) *Attività caratterizzanti* a cui sono assegnati almeno 270 CFU per le Scuole articolate in 5 anni di corso e 330 CFU per le Scuole articolate in 6 anni di corso;

c) *Attività elettive a scelta dello studente* a cui può essere assegnata una frazione dei CFU dell'Ambito specifico della Scuola;

d) *Attività Affini, Integrative e Interdisciplinari* a cui sono assegnati fino a 5 CFU;

e) *Attività finalizzate alla prova finale* a cui sono assegnati fino a 15 CFU;

f) *Altre Attività* a cui sono assegnati fino a 5 CFU.

g) *Attività professionalizzanti* a cui è assegnato il 70% dei CFU complessivi dell'intero percorso formativo.

4. Le **Attività di base** comprendono uno o più Ambiti, ed i relativi Settori scientifico disciplinari, inerenti alle scienze generali pertinenti alla preparazione nelle varie tipologie di Scuole comprese nella Classe.

5. Le **Attività caratterizzanti** di cui alla lettera b) del precedente comma 3. sono articolate in almeno:

a) Un *Ambito* denominato *Tronco comune* identificato dai Settori scientifico disciplinari utili all'apprendimento di saperi comuni a cui sono dedicati il 30% dei crediti delle Attività caratterizzanti (rispettivamente 81 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 5 anni di corso e 99 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 6 anni di corso), almeno 60 CFU (pari ad un anno di attività di studio) del tronco comune sono dedicati ad attività professionalizzanti. Di questi, nell'Area medica e nell'Area chirurgica, almeno 30 CFU devono essere dedicati ad attività professionalizzanti di tipo clinico rispettivamente di medicina interna e di chirurgia generale; i rimanenti 30 CFU devono essere dedicati ad attività professionalizzanti inerenti le specialità affini alle singole tipologie di scuola comprese nella Classe e a conoscenze di emergenza e pronto soccorso.

b) Un *Ambito* denominato delle *Discipline specifiche della tipologia* identificato da uno o più Settori scientifico disciplinari specifici della figura professionale propria del corso di specializzazione a cui è assegnato il 70% dei CFU delle Attività caratterizzanti (rispettivamente 189 CFU per le Scuole articolate in 5 anni di corso e 231 CFU per le Scuole articolate in 6 anni di corso).

6. Le **Attività Elettive a scelta dello studente** comprendono uno o più Ambiti, identificati da Settori scientifico disciplinari utili alla predisposizione di specifici percorsi formativi di alta specializzazione. A tali Attività è assegnata una frazione di crediti compresi nell'Ambito delle Discipline specifiche della tipologia della Scuola (di cui al punto b del comma 5). I Consigli delle strutture didattiche, possono dedicare alle Attività Elettive fino a 45 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 5 anni di corso e 50 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 6 anni di corso.

7. Le **Attività Affini, Integrative e Interdisciplinari** comprendono uno o più Ambiti, identificati da Settori scientifico disciplinari utili alle integrazioni multidisciplinari.

8. Le **Attività finalizzate alla prova finale** si avvalgono dei crediti destinati alla preparazione della tesi di Diploma di specializzazione

9. Le **Altre Attività** si esplicano mediante l'utilizzo di crediti assegnati alla acquisizione di abilità linguistiche, informatiche, di gestione e organizzazione.

10. Le **Attività formative professionalizzanti** volte alla maturazione di specifiche capacità professionali mediante attività pratiche e di tirocinio comprendono almeno il 70% dell'intero complesso dei 300 o 360 CFU, di tutte le altre Attività previste nel comma 3. A tali attività sono pertanto assegnati 210 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 5 anni di corso e 252 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 6 anni di corso.

11. Gli ordinamenti didattici delle singole scuole determinano la frazione dell'impegno orario complessivo riservato allo **studio individuale**. Tale frazione, di norma non superiore al 30%, deriva esclusivamente dai CFU non dedicati alle Attività professionalizzanti e cioè rispettivamente 90 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 5 anni di corso e 108 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 6 anni di corso.

12. I CFU di cui al presente decreto corrispondono a 25 ore di *lavoro / studente*. Il monte ore complessivo necessario per la formazione delle singole figure professionali deve essere comunque adeguato agli standard formativi disposti dalle normative e direttive dell'Unione Europea. Gli Ordinamenti dei singoli corsi di studio provvedono all'eventuale incremento del monte ore complessivo, modulando il peso orario dei ai CFU dedicati alle attività professionalizzanti per adempiere alle prescrizioni dell'Unione Europea.

Tab. 2 - Proposta di norme generali per una Classe di Scuole di Specializzazione.

ATTIVITÀ FORMATIVE INDISPENSABILI				
Attività formative	Ambiti disciplinari	Settori scientifico-disciplinari	CFU	Tot. CFU
Di base	DISCIPLINE GENERALI PER LA FORMAZIONE DELLO SPECIALISTI	SSD	5	5
Caratterizzanti	TRONCO COMUNE	SSD	81 (99)	270 (330)
	DISCIPLINE SPECIFICHE DELLA TIPOLOGIA	SSD della tipologia	189* (231)	
	Ripetuto per tutte le tipologie comprese nella classe			
Affini, integrative e interdisciplinari	SCIENZE UMANE E MEDICINA COMUNITÀ	SSD		5
	SANITA' PUBBLICA, MANAGEMENT SANITARIO, STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA	SSD		
	Altre discipline integrative ed interdisciplinari			
Per la prova finale				15
Altre	Es.: ulteriori conoscenze linguistiche, abilità informatiche e relazionali, tirocini,			5
TOTALE				300 (360)
Elettive, a scelta dello studente	DISCIPLINE ELETTIVE PER LE TIPOLOGIE DELLA CLASSE ...	Tutti gli SSD ritenuti utili per l'attività elettiva, praticamente tutti i settori BIO e MED	45* (50)	
Attività professionalizzanti	Il 70% dei CFU di tutte le Attività		210 (252)	

Legenda

Per le Attività caratterizzanti 270 (330) CFU, di cui 81 (99) CFU di Tronco comune e 189 (231) CFU delle discipline della Tipologia della Scuola; di questi ultimi 45 (50) assegnabili ad Attività Elettive (in parentesi i CFU per le scuole con percorso di 6 anni). Di tutte le Attività il 70% dei CFU (210 o 252 CFU) è dedicato ad Attività professionalizzanti.

* i CFU derivano da quelli dell'Ambito specifico della tipologia

Tab. 3 - Schema esemplificativo della distribuzione dei CFU nella tabella delle attività formative.

HIPERICO



Le competenze dei Consigli di Corso di Laurea

Massimo Malcovati (Milano)

I Consigli di Corso di Laurea sono organismi relativamente estranei alla tradizione accademica italiana: sono nati infatti nel 1980 con la riforma varata dal DPR 382¹, che ha indicato i compiti principali, come sotto indicato.

Il Consiglio di Corso di Laurea

- coordina le attività di insegnamento e di studio per il conseguimento della laurea;
- esamina e approva i piani di studio;
- formula proposte e pareri in ordine alle modifiche statutarie attinenti ai corsi di laurea;
- propone al Consiglio di Facoltà l'attivazione di insegnamenti;
- propone, eventualmente d'intesa con altri CCL, l'impiego dei mezzi, delle attrezzature e del personale non docente dei Dipartimenti al fine di organizzare nel modo più efficace l'insegnamento e il suo coordinamento con la ricerca;
- adotta nuove modalità didattiche.

E' chiaro che, nell'ottica della 382, il Consiglio di Corso di Laurea è prevalentemente un organo tecnico-consulativo della Facoltà, privo di una sostanziale autonomia deliberante. Questa linea di tendenza è stata inevitabilmente accentuata dagli uffici amministrativi delle Università, che, sulla base di prassi rigidamente consolidate, hanno sistematicamente considerato come esecutive esclusivamente le delibere adottate dal Consiglio di Facoltà. Le cose non sono cambiate con la legge 341 del 1990², che pure ha ridefinito i compiti dei Consigli delle strutture didattiche ed introdotto il "Regolamento del Corso di Laurea" e il "Regolamento didattico di ateneo".

Così, esaurito rapidamente il primo iniziale interesse per la novità, il sistema universitario, andato a regime, ha portato ad una situazione caratterizzata da una serie di inconvenienti non trascurabili.

Infatti, i problemi, affrontati e discussi in Consiglio di Corso di Laurea, devono essere comunque ripresi in Consiglio di Facoltà per l'adozione delle delibere formali, con l'introduzione di lunghe parentesi burocratiche e con un appesantimento della verbalizzazione delle sedute (nei casi in cui sugli argomenti in questione c'è accordo tra i docenti) o con una inutile e frustrante ripetizione delle discussioni

(quando sulle delibere da prendere non c'è pieno accordo), che addirittura, in casi limite, può arrivare a modificare drasticamente quanto deliberato dal Consiglio di Corso di Laurea.

Di qui consegue anzitutto una scarsa motivazione alla partecipazione alle sedute del Consiglio di Corso di Laurea ("*...tanto non si prendono decisioni definitive, c'è sempre il filtro della Facoltà...*"), che non solo genera grosse difficoltà nel raggiungimento del numero legale, ma talora rende difficile affrontare in modo conclusivo ed efficace i problemi a causa dell'assenza degli interessati: di fatto quindi la dipendenza del Consiglio di Corso di Laurea dalla Facoltà viene ulteriormente accentuata.

Da questo tipo di atteggiamento consegue inoltre il fatto che le scelte e le delibere inerenti la didattica nei suoi diversi aspetti, nella misura in cui in Consiglio di Facoltà vengono sbrigativamente votate, tendono ad accentuare l'atteggiamento di scarsa attenzione alla didattica di molti docenti.

L'introduzione dell'autonomia didattico-organizzativa dei singoli Atenei, sancita dalla legge n. 168 del 1989³ e ripresa ed ampliata dal Decreto ministeriale n. 509⁴, ha introdotto forti elementi di potenziale dinamismo nell'ordinamento universitario, rendendo teoricamente possibili anche profonde modificazioni dei rapporti funzionali e gerarchici tra le diverse strutture organizzative, in quanto la loro definizione è lasciata alle indicazioni degli statuti autonomamente elaborati da ciascuna università. Questa possibilità è stata largamente colta nelle diverse sedi, anche a proposito dei rapporti tra Facoltà e Consigli di Corso di Laurea e delle rispettive competenze. Parecchi statuti prevedono infatti che i regolamenti di Facoltà possano delegare ai Consigli di Corso di Laurea specifici compiti, in teoria spettanti al Consiglio di Facoltà (ad esempio lo Statuto di Milano: "*I Consigli di coordinamento didattico possono assumere funzioni deliberative su delega della Facoltà, secondo quanto stabilito dal Regolamento di Facoltà*"⁵).

Si sono aperte quindi concrete possibilità di modificare la situazione assegnando con chiarezza ruoli e compiti diversi al Consiglio di Facoltà e al Consiglio di Corso di Laurea. Il pro-

blema è stato risolto o viene affrontato nelle diverse sedi giungendo spesso a proposte molto simili (si vedano, ad esempio, le conclusioni cui è giunto il Gruppo di studio del Consiglio di Corso di Laurea di Padova⁶).

Appare subito chiaro che l'ottica più corretta in cui porsi per affrontare il problema dei rapporti tra Consiglio di Corso di Laurea e Consiglio di Facoltà è quella di differenziare il più possibile i compiti e le competenze dei due organi, con l'obiettivo da un lato di ottimizzare l'impiego di tempo e di risorse, e dall'altro di innalzare il livello di impegno pedagogico dei docenti.

In questa prospettiva, il Consiglio di Facoltà dovrebbe rappresentare il luogo

- di elaborazione strategica generale,
- di programmazione dell'offerta formativa, anche attraverso l'identificazione dei Corsi di Laurea da attivare o disattivare,
- di integrazione e coordinamento tra i diversi Corsi di Laurea che alla Facoltà fanno capo,
- di gestione dei posti di ruolo e delle risorse umane, strutturali e finanziarie, assicurando l'equilibrata distribuzione tra i diversi Corsi di Laurea,
- di definizione dell'ordinamento dei Corsi di Laurea,
- di valutazione e comparazione dell'efficienza dei Corsi di Laurea e di adozione dei conseguenti provvedimenti.

Per contro, il Consiglio di Corso di Laurea diverrebbe il luogo privilegiato

- di elaborazione, programmazione e sperimentazione pedagogica e culturale,
- di organizzazione e di gestione della didattica in tutti i suoi aspetti, nel quadro dell'ordinamento del Corso di Laurea,
- di autovalutazione dell'efficienza e dell'efficacia della didattica (non solo attraverso i giudizi degli studenti, ma con tutti gli strumenti ritenuti idonei allo scopo),
- di elaborazione di proposte alla Facoltà per l'uti-

lizzazione di ruoli, di strutture e di risorse finanziarie.

In questo quadro, quindi, distinguendo tra competenze "esclusive" dei Consigli di Corso di Laurea e compiti propositivi nei confronti della Facoltà, si potrebbero indicare tra le prime:

- la definizione del *curriculum* (e quindi l'identificazione degli insegnamenti necessari) e delle modalità didattiche finalizzate al raggiungimento degli obiettivi formativi di ciascun insegnamento, nel quadro dell'ordinamento del Corso di Laurea,
- l'assegnazione dei crediti relativi a ciascuna attività formativa,
- l'adozione del calendario accademico,
- la nomina dei coordinatori dei corsi con più di un docente,
- la nomina dei presidenti e dei componenti delle commissioni d'esame,
- la valutazione e l'approvazione delle proposte di attività elettive avanzate sia da docenti che da studenti,

Della Gentiana



- l'elaborazione del manifesto degli studi per la parte relativa al Corso di Laurea,
- la progettazione, l'attuazione e la valutazione di nuove modalità didattiche,
- l'adozione delle delibere relative al riconoscimento di crediti acquisiti in altri corsi di Laurea,
- l'adozione delle delibere relative ad abbreviazioni di corso per studenti già laureati,
- l'organizzazione del servizio di tutorato e la nomina dei tutori,
- la partecipazione alla gestione delle aule,
- l'adozione di tutti gli strumenti ritenuti necessari ai fini dell'autovalutazione dell'attività didattica e l'analisi dei risultati della valutazione ai fini del miglioramento della didattica stessa.

Le aree invece nelle quali il Consiglio di Corso di Laurea dovrebbe

be avere il compito di avanzare precise proposte da mettere in discussione nel Consiglio di Facoltà sono tutte quelle che investono problemi che richiedono una integrazione tra esigenze di diversi Corsi di Laurea ed il raggiungimento di una visione globale a livello di Facoltà dei problemi da affrontare. Questo ruolo propositivo dovrebbe quindi, in prima battuta, riguardare:

- l'assegnazione dei compiti didattici a professori e ricercatori (i vari Consigli di Corso di Laurea propongono, il Consiglio di Facoltà, tenuto conto dell'insieme delle proposte, delibera l'assegnazione, assicurando un'equa distribuzione del carico didattico tra i docenti),
- la richiesta di affidamenti e/o supplenze,
- la richiesta di contratti di insegnamento,
- l'individuazione dei settori scientifico-disciplinari che necessitano di concorsi o trasferimenti,
- l'individuazione di esigenze strutturali connesse all'attuazione del progetto didattico del Corso di Laurea,
- l'elaborazione di progetti da finanziare con fondi per il potenziamento della didattica (là dove disponibili) e la formulazione delle relative graduatorie di priorità per quanto concerne il Corso di Laurea,
- l'elaborazione di proposte relative all'organizzazione della formazione pedagogica dei docenti.

Una prospettiva di questo tipo dà al Consiglio di Corso di Laurea una forte possibilità di incidere profondamente sull'insegnamento erogato e di conseguenza sulla qualità dei laureati formati. D'altra parte, soprattutto nel caso delle Facoltà di Medicina, accanto a Corsi di Laurea con una secolare tradizione accademica (come quello in Medicina e Chirurgia), accanto a Corsi di Laurea di nuova istituzione, ma derivati da strutture didattiche nelle quali sia gli aspetti pedagogici sia quelli scientifici in molti casi erano stati oggetto di una intensa elaborazione (come ad esempio quello in Infermieristica), vi sono Corsi di Laurea nei quali il corpo docente

è in larga parte costituito da personale privo di esperienza accademica. E' quindi molto eterogenea la composizione dei Consigli ai quali questa forte possibilità di incidere sull'insegnamento, nel bene e nel male, viene data. Per questo motivo, quindi, risulta particolarmente importante il ruolo di valutazione e di sorveglianza che deve essere attribuito alla Facoltà, che deve avere in mano gli strumenti per intervenire rapidamente ed efficacemente in caso di necessità. Da questo punto di vista, lo strumento migliore sembra essere quello di poter incidere annualmente sulla composizione dei Consigli di Corso di Laurea attraverso l'assegnazione dei compiti didattici ai docenti. Questa prerogativa deve rimanere nella mani del Consiglio di Facoltà, non solo per garantire un'equa distribuzione dei carichi didattici, ma anche, appunto, per disporre dello strumento chiave per correggere eventuali deficienze che emergessero dal monitoraggio dell'attività dei Consigli di Corso di Laurea.

1) DPR 11 luglio 1980, n. 382 "Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica", Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 209 del 31 luglio 1980

2) Legge 19 novembre 1990, n. 341 "Riforma degli ordinamenti universitari", pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 274 del 23 novembre 1990.

3) Titolo II (Autonomia delle Università) della legge 9 maggio 1989, n. 168 "Istituzione del Ministero dell'università e della ricerca scientifica", pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 108 dell'11 maggio 1989.

4) Decreto 3 novembre 1999, n. 509 "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 2 del 4 gennaio 2000.

5) Statuto dell'Università degli Studi di Milano, art. 25, punto 1, terzo comma.

6) Relazione del gruppo di studio sui Compiti dei Consigli di Strutture Didattiche nominato dalla Presidenza del Corso di Laurea in Medicina e chirurgia dell'Università di Padova e composto dai Proff. Scandellari, Benciolini, De Caro, Luisetto, Randi e Pagliani, febbraio-aprile 2003.



Integrazione trasversale e longitudinale degli insegnamenti, un percorso tra prospettive e limiti

Pietro Gallo (Roma La Sapienza),
Fabio Capani (Chieti) ed Amos Casti (Parma)

Premessa

Nella realtà del Corso di Laurea in Medicina, lo scenario del corso mono-disciplinare e monodocente sembra ormai remoto, ed il termine di "corso integrato" è ormai entrato a tal punto nell'uso da avere smarrito l'iniziale potenziale innovativo. Tuttavia, la realtà pur consolidata di corsi integrati tenuti da numerosi docenti non ha risolto tutti i problemi esistenti nella didattica della medicina e ne ha creati di nuovi.

Lo scopo esplicito di questo articolo è quello di proporre un dibattito "a tesi" sulle potenzialità e i limiti dell'integrazione multidisciplinare in seno alle facoltà mediche.

Lo scenario culturale di fondo

Il mondo della medicina, come tutto quello della scienza, si è caratterizzato in questi ultimi decenni per una crescita esponenziale del sapere. Le ricadute didattiche di questa accelerazione delle conoscenze sono molteplici: la rapida obsolescenza delle competenze acquisite rende necessaria la *formazione continua*; il rinnovo continuo dell'informazione rende sempre più generalizzato l'accesso alla *rete* come fonte di informazione; diventa indispensabile selezionare l'informazione da trasmettere agli studenti in medicina rinunciando ad ogni pretesa di esaustività ed individuando il *core curriculum* degli studi; si rende inevitabile la *specializzazione* del sapere, ma ciò ne comporta anche la *parcellizzazione*.

In questo scenario si comprende sia la necessità di organizzare corsi integrati, per presentare agli studenti un quadro organico delle conoscenze mediche, sia il rischio che questi corsi rappresentino meramente una somma di informazioni disgiunte e non una loro integrazione.

Questa situazione nuova si traduce in quattro necessità didattico-pedagogiche: occorre sensibilizzare i docenti sui mutamenti culturali e pedagogici in atto (*insegnare ad insegnare*); ma è anche necessario proporre agli studenti un approccio il più possibile olistico ai problemi di salute, superando ogni rischio di frammentazione

(*insegnare ad imparare*); nel contempo è urgente che i docenti imparino a lavorare in squadra, dando vita a corsi nei quali si realizza una vera integrazione (*imparare ad insegnare*); per fare questo è indispensabile che i docenti prendano consapevolezza della necessità di condividere il sapere, riconoscendo di essere debitori verso tutti i colleghi di qualche scheggia di sapere (*imparare ad imparare*).

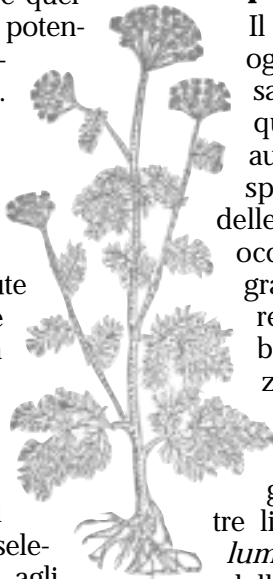
Le prospettive didattico-pedagogiche

Il fatto che il corso integrato sia diventato oggi una necessità non significa che il passaggio dal corso mono-disciplinare a quello multi-disciplinare possa essere automatico e non richieda invece uno specifico e risoluto impegno da parte delle strutture didattiche. In particolare, occorre richiamare alla mente che l'integrazione didattica multi-disciplinare si realizza in tre fasi: a) la pianificazione; b) l'esecuzione sul campo; e) la valutazione.

PIANIFICAZIONE

Per pianificare una didattica integrata multi-disciplinare occorre agire a tre livelli: a) la formulazione del *curriculum* degli studi; b) la programmazione delle attività didattiche di ciascun semestre; c) l'organizzazione del singolo corso integrato.

In fase di programmazione del *curriculum* è necessario prevedere tanto integrazioni *trasversali* che *longitudinali*. Le integrazioni trasversali sono tra discipline usualmente presenti nel medesimo semestre, che vengono coordinate nell'ambito del medesimo corso, o sulla base di una sostanziale parità (ad esempio, un corso integrato di *Anatomia e Fisiologia umana*) o affiancando ad una disciplina *leader* le necessarie ed opportune integrazioni (ad esempio un corso di *Fisiopatologia e Fondamenti di Patologia umana* in cui alla Patologia generale si affiancano le Istituzioni di Anatomia patologica, la Genetica medica, l'Oncologia medica e la Farmacologia generale, o un corso di *Patologia integrata* nel quale alla disciplina *leader*, ad esempio la



Cardiologia, si aggiungono la Chirurgia cardiaca e vascolare, la Semeiotica, l'Anatomia patologica sistematica, la Medicina di laboratorio, la Farmacologia e la Radiologia). L'integrazione longitudinale consiste nell'inserimento in un corso di base di un *trigger* clinico (ad esempio l'Istopatologia nel corso di *Istologia* ed *Embriologia*, o la Genetica medica nel corso di *Biologia* e *Genetica*), o nella collocazione in un corso clinico di un richiamo di scienze di base (ad esempio la collocazione di crediti di Anatomia umana nel corso di *Patologie degli Organi di Senso*).

A livello di semestre, la pianificazione deve partire da un'analisi dei contenuti dei corsi del semestre e dalla scelta di eventuali propedeuticità (alcuni o tutti i corsi possono susseguirsi nel tempo nell'ambito del semestre, o semplicemente alcune tematiche di alcuni corsi vanno trattate prima di altre) o di opportune integrazioni trasversali. Oltre a quelle previste dal *curriculum*, ulteriori integrazioni possono essere realizzate in fase di pianificazione delle attività didattiche elettive del semestre.

Anche per la pianificazione del corso integrato occorre evidentemente partire dall'analisi dei contenuti, o meglio delle competenze conoscitive, operative e relazionali che il singolo corso deve trasmettere. Per quanto attiene alle competenze conoscitive, occorre partire dal *core curriculum* ed individuare un numero limitato di unità didattiche complesse (UDC: ad esempio, la cardiopatia ischemica) tra le quali ripartire i crediti attribuiti al corso. Successivamente occorre articolare ogni singola UDC in unità didattiche elementari (UDE: ad esempio, basi fisiche e fisiologiche del circolo coronarico, epidemiologia, eziopatogenesi, anatomia patologica, clinica, *imaging*, e diagnosi di laboratorio dell'infarto; modalità di rivascolarizzazione interventistica e chirurgica, ecc), fissarne la durata (non tutte le UDE devono avere la medesima valenza temporale e tanto meno durare necessariamente un'ora!) ed attribuirne il compito didattico ad un docente. Per ogni UDC dovrebbe poi essere individuato un *responsabile di UDC* (ovvero un *tutore d'aula*) che presenzi all'intera unità e ne assicuri il coordinamento, evitando sovrapposizioni, ripetizioni o incongruenze. Per quanto riguarda le competenze operative e relazionali, è necessario intanto discriminare se si tratta di portare lo studente all'acquisizione di specifiche *abilità* o di organizzare un *tirocinio clinico professionalizzante*, e passare poi all'organizzazione della turnazione degli studenti nei vari *setting* clinici.

ESECUZIONE SUL CAMPO

L'insegnamento integrato può puntare tanto verso una *somma di saperi* che verso *l'unicità del sapere* e si tratta, anche in questo campo, di una scelta da fare consapevolmente in quanto gli strumenti attuativi sono poi diversi. Nel primo caso l'obiettivo è quello di un *coordinamento didattico* e di un insegnamento multi-disciplinare, che comporta la presenza in successione dei diversi docenti della medesima UDC, sotto la supervisione del tutore d'aula. Nel secondo caso occorre realizzare, invece, una vera *integrazione didattica* ed un insegnamento inter-disciplinare, con la co-presenza di tutti i docenti della medesima UDC.

VALUTAZIONE

Partendo dall'assunto che *assessment drives learning*, ovvero che lo studente apprende in funzione di come è realizzato l'esame e non di come è strutturato il corso, è allora evidente che la migliore realizzazione di un'integrazione didattica è totalmente vanificata dalla mancanza di un'integrazione multi-disciplinare in fase di valutazione. È inoltre importante ricordare che le modalità di valutazione vanno stabilite in fase di pianificazione e comunicate agli studenti fin dall'inizio del corso.

In primo luogo la programmazione della valutazione deve tener conto della distinzione tra *prove formative* (che consentono allo studente di autovalutare *in itinere* la propria preparazione e al docente di stimare l'efficacia didattica del corso) e prove certificative. In un corso integrato andrebbe prevista una prova formativa al termine di ogni UDC (o di un blocco coerente di queste).

Anche la programmazione delle prove certificative ha momenti diversi, a livello di *curriculum*, di semestre, e di corso integrato.

La pianificazione del curriculum non può evidentemente limitarsi all'individuazione del numero e della tipologia dei corsi, ma deve contemplare anche il numero e la tipologia delle prove di valutazione.

È evidente che se ci si pone nell'ottica di un'integrazione interdisciplinare occorre prevedere di giungere, sia pur senza forzare i tempi, all'esame unico di semestre. Come tappa intermedia si può intanto pensare di coordinare tutte le prove di valutazione delle competenze operative e relazionali acquisite nei vari corsi di un semestre nell'ambito di un esame clinico obiettivo strutturato (*OSCE: objective structured clinical examination*).

La prova certificativa che conclude il singolo corso (o una successione di corsi omogenei) dovrebbe poi articolarsi tanto in una valutazione

obiettiva multi-disciplinare che in una prova orale interdisciplinare. La valutazione obiettiva, che si avvale di test a scelta multipla o a risposta aperta breve, può essere a sua volta tanto multi-disciplinare (quiz che attengono al campo specifico delle singole discipline) che inter-disciplinare (test di *problem solving* o di *decision making* che implicano conoscenze plurime). Mentre la prova scritta può limitarsi a verificare l'acquisizione dei singoli contenuti disciplinari del corso, la prova orale dovrebbe valutare in modo collegiale la capacità dello studente di risolvere problemi con un approccio integrato, che tenga conto dei problemi di salute tanto del singolo che della collettività.

Resistenze e limiti

L'integrazione multi-disciplinare si scontra con alcuni limiti e con innumerevoli resistenze.

Il vero limite della didattica integrata è che questa frammenta quella relazione interpersonale maieutica tra docente e discente che è la vera chiave dell'apprendimento e che distingue l'*educazione* dall'addestramento.

Per quel che concerne le resistenze, che queste siano innumerevoli è testimoniato dalla difficoltà con cui la didattica integrata si fa strada in alcuni corsi di laurea e in numerosi gruppi di docenti. Si possono distinguere resistenze da parte dei *docenti* e degli *studenti*.

La didattica integrata aumenta indubbiamente il carico di lavoro di docenti spesso divisi, e lacerati interiormente, tra i diversi impegni istituzionali, come la ricerca, l'attività assistenziale ed i compiti di gestione. La consapevolezza di dover insegnare alla presenza di altri colleghi, o almeno di un tutore d'aula, rappresenta per molti una fonte di maggiore impegno con il duplice risultato di migliorare l'offerta didattica ma anche di suscitare resistenze nel docente.

Ma la vera e sostanziale remora opposta dal docente avverso l'integrazione didattica dipende dalla progressiva deriva verso l'individualismo della sacrosanta autonomia didattica che l'Università ha sempre difeso. La libertà di pensiero degli intellettuali è pegno essenziale di sviluppo della scienza (basti pensare all'incredibile contributo offerto alla Scienza dall'Università di Padova nel periodo in cui la Repubblica di Venezia offriva agli studiosi quella libertà di

espressione che veniva negata dalle Università confessionali). Tuttavia, l'autonomia didattica non deve diventare la scusa per un individualismo che rifiuta il confronto (sono note affermazioni come: il *mio* corso, i *miei* studenti, il *mio* libro, la *mia* aula, il *mio* esame ...), che non permette l'ottimizzazione delle risorse e che spezza l'unicità del sapere in discipline non comunicanti, ognuna delle quali è vissuta soggettivamente come la più importante delle altre per la formazione del medico.

Oltre alla predetta difficoltà di reperire tra i docenti del corso una figura di riferimento univoca, gli studenti si lamentano perché il corso integrato rende più dispersivo l'accesso alle fonti per lo studio individuale (la presenza di un unico libro di testo per corso è rimpianta più dagli studenti che dai docenti) e sono poi fondamentalmente preoccupati di fronte alla prospettiva dell'esame. Dopo secoli di consolidato allenamento all'esame orale, tutte le innovazioni in termini di valutazione sono avvertite come rischiose da parte dello studente. Il corso - e l'esame - monodisciplinare, o meglio ancora mono-docente, consente allo studente di individuare quello che ritiene essere il cosiddetto *pallino* del docente, e di studiare sul suo libro, pilotando la preparazione verso il porto sicuro della *soddisfazione del docente* anziché verso il mare aperto della *competenza da acquisire*. Perché ciò che conta è *passare l'esame*.

Conclusioni

La didattica integrata, benché inficiata da limiti e appesantita da resistenze, è una necessità ineludibile, a causa della crescita esponenziale del sapere che impone specializzazione e determina parcellizzazione delle conoscenze. Quindi, visto che il cambiamento è inevitabile, tanto vale gestirlo e trasformarlo in una risorsa.

Per vincere le inevitabili resistenze da parte del corpo docente e studentesco, è necessario che ogni Corso di Laurea in Medicina individui in modo esplicito la propria *missione* generale ed una specifica *visione*, e formuli un *progetto didattico* coerente, e vi lavori in clima di collegialità. Infatti, un reale coinvolgimento di tutti i docenti in un progetto didattico che sia al contempo realistico e innovativo è requisito indispensabile di successo.

Il Corso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria dalla sua istituzione al *curriculum* europeo

Elettra Dorigo (Trieste)

La laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria

Il Corso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria è stato istituito nell'A.A. 1980/81 con una modifica dello statuto di quasi tutte le Università italiane, modifica che autorizzava le Facoltà mediche a conferire le lauree in Medicina e Chirurgia ed in Odontoiatria e Protesi dentaria.

Il piano di studi (Tab. XVIII bis) è rimasto in vigore inalterato per venti anni con ventisette insegnamenti fondamentali, due insegnamenti complementari ed un tirocinio pratico per gli insegnamenti specificatamente odontostomatologici di ordine clinico.

Poche righe non bastano a riassumere venti anni accademici, molto sofferti ma di grande crescita, che hanno visto:

- aumentare significativamente il numero di docenti di discipline odontostomatologiche;
- avviare e portare a realizzazione progetti di ricerca interdisciplinare con docenti preclinici, clinici e l'industria del settore;
- prendere coscienza di uno spirito di corpo non autoreferenziale ma capace di critica costruttiva e di progettualità.

Sono stati anni di confronto a distanza con l'Europa, di aspri dibattiti sul tirocinio clinico e sul profilo del laureato in Odontoiatria, di battaglie in Facoltà per ottenere attrezzature e personale nella consapevolezza di essere impreparati, strumentalmente, a prendere in considerazione, in parallelo, l'approccio didattico innovativo che veniva affrontato nello stesso periodo dal corso di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia.

La laurea specialistica in Odontoiatria e Protesi dentaria

Il Decreto 509/99 (G.U. n. 2 del 04.01.2000) sull'*Autonomia didattica degli Atenei* ha introdotto disposizioni concernenti i criteri generali per l'ordinamento degli studi universitari e tipologia dei titoli di studio. La classe delle lauree specialistiche ha caratterizzato come 52S la laurea specialistica in Odontoiatria e Protesi dentaria.

Immediatamente la Conferenza dei Presidenti dei corsi di Laurea decise, all'unanimità, di attivare il primo anno della nuova laurea a partire dall'A.A. 2001/02 e così è avvenuto in quasi tutte le sedi italiane.

Si è ritenuto, con questa scelta, di dover dare inizio a quel processo di revisione dell'area odontoiatrica, a lungo auspicato, e per il quale il corpo docente direttamente interessato si sentiva ormai maturo.

Certamente l'incentivazione dell'impegno didattico con la valutazione dei docenti, l'introduzione dei requisiti minimi, l'insegnamento per obiettivi, la valutazione quantitativa in termini di CFU del peso di ogni obiettivo, i corsi monodisciplinari, i corsi integrati, i moduli verticali, le unità didattiche elementari, l'integrazione multidisciplinare orizzontale e verticale nel rispetto delle propeuticità, le verifiche *in itinere* e la valutazione finale hanno già fatto emergere serie difficoltà operative.

Il tirocinio clinico

Progettare sulla carta un buon *core curriculum* non è impresa facile ma nemmeno impossibile.

Realizzare in concreto il piano di studi, facendo rientrare nell'orario almeno millecinquecento ore di tirocinio clinico sul paziente, significa operare in una struttura in grado di elargire annualmente un numero di prestazioni diversificate nella tipologia e commisurate al numero di studenti iscritti al corso di laurea specialistica.

La Conferenza dei Presidenti ha individuato il seguente primo elenco di attività irrinunciabili per poter ragionare su un *core curriculum* che garantisca almeno la validazione delle prestazioni che lo studente deve eseguire correttamente, in prima persona:

- visita e compilazione cartella clinica
- diagnosi
- piano di trattamento
- esecuzione ed interpretazione di rx endorali ed extraorali
- istruzione e motivazione all'igiene orale
- fluoroprofilassi
- sigillatura solchi
- anestesia tronculare
- anestesia plessica
- inquadramento del paziente con patologia mucosa compreso il carcinoma
- inquadramento del paziente con dolore cronico cranio-facciale
- inquadramento e gestione del paziente con

- patologie sistemiche
- biopsia e/o citologia esfoliativa
- restauro I classe dente permanente
- restauro II classe dente permanente
- restauro III classe dente permanente
- restauro IV classe dente permanente
- restauro V classe dente permanente
- restauro dente deciduo
- ricostruzione corona denti devitalizzati
- trattamento urgenze odontoiatriche
- terapia endodontica (comp. ott. endod.) monor.
- terapia endodontica (comp. ott. endod.) plurir.
- ritrattamento endodontico
- incappucciamento pulpare
- terapie canalari denti decidui
- avulsioni di dente
- avulsioni di radice
- avulsioni decidui
- suture
- rimozioni suture
- provvisori protesi fissa
- placca occlusale
- perno moncone (completo)
- restauri indiretti
- protesi fissa
- protesi totale
- protesi scheletrata (una arcata)
- impronte alginato
- allestimenti modelli studio
- diagnosi e piano di trattamento ortodontico
- detartrasi con ultrasuoni
- terapia causale della m. parod. e levigatura radicolare
- allestimento di lembo di accesso
- trattamento di problemi ortodontici minori

La scelta corretta sta nell'individuare e distinguere le conoscenze e competenze che lo studente deve acquisire durante il corso di laurea da quelle che possono essere delegate a corsi di perfezionamento, master, dottorati, scuole di specializzazione.

È inevitabile prevedere ritocchi, ripensamenti, carenze, correzioni, miglioramenti e difficoltà operative non sempre comprese a livello di Facoltà.

Studenti e docenti

Per gli studenti si parla di centralità, per i docenti di flessibilità. Sembra che da una parte si vadano collocando tutti i diritti, dall'altra tutti i doveri.

Tempi nuovi e regole nuove richiedono anche nuovi equilibri. I docenti sono pronti a mettersi in discussione, a verificare, per superarla, la propria

metodologia didattica, a ragionare in termini di apprendimento anziché di insegnamento. Va segnalata tale disponibilità che si traduce nella ricerca di strumenti più consoni a sostituire l'autoreferenzialità con l'evidenza.

È con questo spirito che vengono organizzati anche nell'area odontoiatrica corsi di teoria del ragionamento e di metodologia scientifica.

È anche prendendo coscienza del bisogno di estendere il confronto con la filosofia della scienza che continua il processo di crescita.

La strada è lunga ma non può essere sostituita da scorciatoie, né può essere un percorso solitario perché è il gruppo folto che costituisce massa critica trainante irreversibile.

L'Italia e l'Europa

Dopo la dichiarazione di Bologna (1999) e l'inserimento dell'Odontoiatria nel processo inteso ad una maggiore integrazione dei sistemi universitari, anche per facilitare la mobilità degli studenti mediante l'adozione di un sistema di crediti comuni, Dented, quale strumento operativo di ADEE (Associazione per l'educazione dentale in Europa) si è proposta di fatto come l'entità europea più coinvolta nella definizione del nuovo iter formativo.

Alle riunioni, sempre più ravvicinate, alle quali partecipano anche qualificati docenti italiani, si vanno affinando i confronti per definire un *core curriculum* condivisibile e standard qualitativi confrontabili.

È chiaro che ogni sistema mantiene le proprie peculiarità ma garantire trasparenza, per consentire valutazioni e riconoscimenti, significa aver fatto un grosso passo avanti sia all'interno del nostro Paese che verso l'Europa.

L'esame di stato

Così come avvenuto per Medicina e Chirurgia, è tempo che si ponga mano alla modifica dell'esame di stato in Odontoiatria.

Il diverso percorso formativo dei due corsi di studi non consente una semplice estensione della tipologia appena adottata, che deve essere approfondita ed attentamente concertata affinché anche la proposta di superamento dell'accesso alla professione di odontoiatra costituisca, per i contenuti che la caratterizzeranno, il punto di arrivo del nuovo sistema formativo.

Sarà infatti la validazione *ex post*, fatta attraverso l'esame di stato, che darà ragione agli sforzi che si stanno facendo per evitare che l'attuale riforma abbia cambiato tutto per non cambiare niente.

Il core curriculum, tra specificità di corso di laurea e condivisione di obiettivi tra le diverse classi

Paola Binetti (Roma Campus Bio Medico), Donatella Valente (Roma La Sapienza)

Introduzione

La rapida evoluzione con cui in questi anni si sono succeduti i diversi Ordinamenti didattici con i relativi cambiamenti dei Piani di Studi ha permesso di attivare una politica di innovazione didattica per una migliore formazione degli studenti. Ma la velocità del cambiamento ha reso difficile in alcuni casi fermarsi ad analizzare la correlazione effettiva tra bisogni formativi, definiti dal profilo professionale, e progetti didattici effettivamente varati nelle singole sedi. La sensazione di rincorrere il cambiamento per rispondere alle continue sollecitazioni che provenivano dagli Organi di Governo dell'Università, dal CUN e dal MIUR ha creato in chi cercava di predisporre strumenti didatticamente efficaci un senso di smarrimento non indifferente. La contraddittorietà tra vecchi e nuovi ordinamenti e la complessità dei processi trasformativi ha sottolineato l'esigenza di un confronto per venire a capo della potenziale confusione, cercando una adeguata razionalizzazione.

Il ruolo svolto dalla Conferenza permanente dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie in questo ambito è stato prezioso. In molti casi ha coperto quegli spazi vuoti lasciati da una normativa imprecisa e in continua evoluzione, offrendo soluzioni che facilitassero la concentrazione dei vari Presidenti e Coordinatori su compiti precisi di pianificazione e programmazione didattica, a garanzia del lavoro degli studenti, perché soffrissero il meno possibile di questa transizione e ove possibile ne traessero i maggiori vantaggi sotto il profilo della loro formazione specifica. Il lavoro sul *Core Curriculum* rientra in questo disegno

complessivo e rafforza ulteriormente il senso di appartenenza di tutti i corsi di laurea alla Facoltà di Medicina e Chirurgia. Nato su sollecitazione della Conferenza dei Presidenti di CCLS in Medicina e Chirurgia, rappresenta uno sforzo ambizioso e tutt'altro che raggiunto, di confronto e di reciproco aiuto.

I core prodotti finora

Le varie Giunte nazionali hanno dato corpo allo strumento messo a disposizione dalla Commissione coordinatrice, sul modello di quello del corso di laurea in Medicina, compiendo uno sforzo rilevante per individuare una metodologia di lavoro condivisa sia sotto il profilo culturale che sotto quello tecnico organizzativo. Ogni Giunta ha scelto modalità diverse ed ha ottenuto risultati diversi. Attualmente il bilancio è quello di nove *Core curriculum* completi e di quattro in fase di avanzata elaborazione: insieme rappresentano il 60% dei Core curriculum che costituiscono l'intero progetto formativo della Facoltà di Medicina, a cui attualmente afferiscono ben 22 Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie. I rispettivi *core* sono stati confezionati sempre grazie alla collaborazione di moltissimi colleghi di diversi ambiti culturali, per cui riflettono da un lato la collegialità del lavoro di pianificazione docente, dall'altro una possibile frammentazione delle proposte, che andrà corretta.

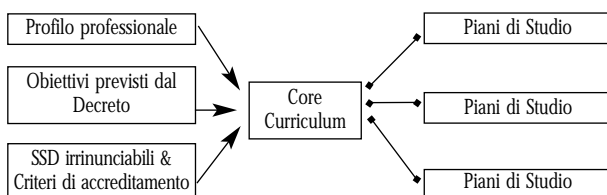
Le difficoltà incontrate dalle diverse Giunte riflettono problemi a cui conviene accennare:

- alcuni gruppi di studio, con una maggiore dimestichezza al lavoro in *équipe* e una più aperta disponibilità al confronto, in tempi relativamen-

Corsi di Laurea	Coordinatori dei Gruppi di studio	Università
Infermieristica	Maria Matarese	1Campus Bio-Medico Roma
Ostetricia	Anna Maria Di Paolo	Università di Perugia
Tecniche della Riabilitaz.Psichiatrica	Rita Roncone	Università dell'Aquila
Terapia Neuro e Psicomotricità E.E.	Donatella Valente	La Sapienza di Roma
Dietistica	Rosanna Baisi	Campus Bio-Medico Roma
Tecniche di Laboratorio Biomedico	Pietro Ruggeri	Università di Messina
Tecniche di Radiologia Medica	Franco Ascolese	2° Università di Napoli
Tecniche della Prevenzione	Lia Pulimento	La Sapienza di Roma
Assistenza Sanitaria	Mariano Giacchi	Università di Siena

- te brevi hanno prodotto dei *core* condivisi, accettati come ipotesi di lavoro;
- alcune Giunte con una più spiccata competenza didattica-pedagogica hanno acquisito un più rapido dominio dello strumento messo a disposizione;
 - alcuni profili professionali, con una esperienza consolidata delle loro competenze specifiche, sanno muoversi con più agilità nel momento di definirle;
 - altri profili, identificati più recentemente, dietro alle difficoltà di progettazione del *core* mostrano la carenza di una tradizione condivisa;
 - in alcuni casi la presenza di *leader* naturali ha reso possibile procedere in modo più spedito prima e sottoporre poi il lavoro alla verifica del gruppo;
 - per tutti vale la difficoltà di risolvere problemi di integrazione teorico-pratica, di attribuire i crediti alle attività formative, facendo quadrare i conti tra tutti i corsi

Nell'analisi dei vari *Core* il gruppo di coordinamento per poter fare alcune riflessioni utili in un prossimo futuro ha cercato di avere sempre presenti questi parametri.



Le considerazioni emerse possono essere così sintetizzate:

- Nella definizione degli ambiti culturali conviene indicare anche i settori disciplinari: l'ambito non si esaurisce con il settore disciplinare, ma insieme rappresentano un fattore di immediata rappresentazione accademica e mentale.
- È auspicabile che le singole unità didattiche siano formulate in modo chiaro, conciso e concreto, evitando approssimazione e ridondanza.
- Per una migliore utilizzazione del *data base* è necessario compiere lo sforzo di identificare tutti i parametri previsti, solo allora il programma *Core* avrà soddisfatto tutti i requisiti per cui è stato pensato.
- Dopo aver confezionato il *Core* conviene procedere ad una serie di controlli incrociati con i piani di studi, con il manifesto degli studenti, con le guide che vengono pubblicate ogni anno, ecc. per dare coerenza e corrispondenza a tutti questi parametri.

Occorre ora sperimentare i *core curriculum* nei diversi corsi di laurea, traducendoli in piani di studio, per sciogliere dubbi, evidenziare errori da correggere e spazi di miglioramento. I risultati degli studenti rappresenteranno un indicatore di qualità interessante. L'innovazione che i *curricula* debbono interpretare presenta aspetti epistemologici, accanto ad aspetti scientifici, implicazioni socio-economiche accanto a problematiche di tipo etico e bioetico. Riflettono competenze e abilità pratiche da integrare con la capacità di ragionamento critico e con la capacità di lavoro in *équipe* multi-professionali, in cui i processi di responsabilità non si diluiscano ma si potenzino reciprocamente. Il *Core curriculum* di ogni corso lungi dall'esaurire gli obiettivi culturali specifici di ciascun profilo professionale deve interpretarne anche la potenzialità evolutiva. In altri termini deve garantire quella mentalità aperta alla formazione continua che caratterizza un atteggiamento di *longlife learning*, perché tende ad una formazione che comincia oggi ma deve servire a soddisfare bisogni caratterizzati da un elevato dinamismo, non sempre prevedibile.

Un'analisi parziale sul totale delle UDE attualmente disponibili

Ricordare il valore metodologico di questa prima analisi dei dati e il significato propedeutico che può avere per uno studio successivo, più ampio e completo, è una premessa essenziale per fare un passo successivo. Dopo aver analizzato i *Core Curriculum*, uno ad uno, l'obiettivo del lavoro è stato quello di confrontare alcuni dati, partendo dai nove Corsi di Laurea che avevano inviato un *Core* completo, assemblandoli in un unico macro-core. Si è trattato di una operazione solo apparentemente banale, nel corso della quale sono state effettuate alcune operazioni di completamento dei dati mancanti in base a criteri di analogia e di uniformità, quando campi uguali avevano denominazioni diverse per piccole differenze, come l'uso di sinonimi, abbreviazioni, segni di punteggiatura, ecc... Abbiamo lavorato su di un numero complessivo di circa 5300 UDE. Per confrontare i dati sulla base di un parametro condivisibile, e immediatamente capace di evocare precise suggestioni nella sua utilizzazione, abbiamo inserito nel *Macro-File* i Settori Scientifico Disciplinari (SSD), che pur all'interno di una apparente rigidità consentono una leggibilità omogenea dei dati. Non è sempre stato facile attribuire con sicurezza un argomento ad un SSD, anche in funzione delle diverse modalità didattiche utilizzate, dal momento che in un corso

tradizionale un determinato tipo di contenuti viene naturalmente attribuito ad un docente di un determinato SSD, mentre in un corso costruito con una didattica per problemi e con una prevalente struttura tutoriale i contenuti specifici sono meno facilmente sezionabili. D'altra parte quantificare il peso dei diversi SSD serve anche a fare delle ipotesi sul carico di lavoro dei docenti e sulla necessità di individuare docenti di un tipo piuttosto che di un altro. Ancora una volta è necessario sottolineare l'aspetto provvisorio di questa fase del lavoro, valida soprattutto come metodologia di riflessione sulle problematiche della programmazione e della pianificazione didattica.

Nel macro-core così ottenuto, si nota una predominanza degli obiettivi di tipo cognitivo (71%), mentre le competenze richieste da corsi di laurea a forte caratterizzazione professionalizzante, dovrebbero prevedere livelli di competenza operativa più sviluppati. Dalla analisi complessiva dei dati può sorgere il timore che si stia gradatamente scivolando verso una maggiore attenzione agli aspetti teorici, sottovalutando i tempi indispensabili per consolidare sul piano pratico quanto impostato sul piano teorico. La distanza tra il sapere e il saper fare è spesso misurata anche dalla necessità di disporre di un tempo adeguato per sperimentare il proprio sapere, mettendolo in gioco in situazioni solo apparentemente uguali. Sorprende che in molti casi il tempo studente previsto per obiettivi che richiedono una specifica competenza operativa sia stato assimilato al tempo docente (1:1), mentre è ovvio che molte delle energie dello studente sono assorbite dalla necessità di speri-

mentare e sperimentarsi adeguatamente nelle situazioni collegate allo specifico obiettivo di apprendimento. In alcuni *Core* il fare è stato identificato con i tirocini e con le relative *Clinical skills*, sottolineando, forse pur senza volerlo, la dicotomia tra le competenze cognitive e quelle operative, mentre proprio il recupero dell'unità degli obiettivi nella formazione dei professionisti dell'area salute rappresenta la nota essenziale in questi corsi di laurea.

Un'altra riflessione che appare dalla valutazione complessiva della relazione tra i diversi tipi di attività didattica è il rapporto tra le lezioni (35%), le altre forme di didattica con maggiore carattere di interattività, come ad esempio il lavoro di piccolo gruppo, la discussione di casi, ecc.(36%) e la didattica che utilizza entrambe le modalità formative (29%). Il dato è singolarmente bilanciato e l'attenzione alla formazione degli studenti utilizza tutte le metodologie didattiche disponibili.

Altri dati che vale la pena prendere in considerazione sono quelli legati alla tipologia di esame prevista per le singole UDE. Anche in questo caso l'approccio dominante è quello tradizionale per cui il 73 % prevede una valutazione di tipo orale, mentre un 25% prevede una valutazione mista, in cui si integrano prove di tipo scritto con prove orali o pratiche. Solo un 1,5% prevede una valutazione senza orale. Valutare una UDE non è semplice e se si pensa che gli obiettivi cognitivi erano decisamente prevalenti rispetto agli altri, è chiaro come anche la valutazione sia di tipo prettamente cognitivo.

Sorprende la sostanziale diffidenza che c'è nei confronti di una valutazione scritta considerata a sé stante, soprattutto in un momento in cui anche

Della Gentiana



a livello istituzionale si va affermando questo tipo di esami, per le caratteristiche di oggettività, affidabilità e rapidità di somministrazione. L'importante è che ad ogni UDE corrisponda il modo migliore per valutarla, secondo il principio che *assessment drives learning*, ossia lo studente in realtà studia in funzione dell'esame che dovrà sostenere.

Un parametro che ha creato alcune difficoltà abbastanza comuni ai Coordinatori dei vari gruppi di lavoro è stato quello relativo ai campi CC1-CC2, in cui si chiedeva di esplorare le caratteristiche del contenuto di ogni singola UDE, offrendo un ampio numero di alternative: dalla conoscenza delle basi sperimentali di un processo (B) alla soluzione di problemi clinici (C); dalla proposta di un sospetto iniziale per una diagnosi (d) alla capacità di formulare autonomamente una diagnosi (D); dalla conoscenza pratica di una serie di tecniche (E) alla conoscenza più (F) o meno (f) approfondita dei fondamenti di fisiopatologia. Dalla conoscenza schematica di alcuni argomenti (s) ad una sua conoscenza più approfondita (S); dalla conoscenza della semplice collocazione nosografica (s) alla descrizione sistematica particolareggiata delle caratteristiche nosografiche (S); dalla capacità di individuare le principali indicazioni per il trattamento (t) alla capacità di prendere decisioni autonome sul trattamento da effettuare (T).

Nelle UDE prese in esame appaiono decisamente dominanti quelle indicate con la lettera P: (39%) conoscenza approfondita dei principi teorici fondamentali, importanti per l'inquadramento completo dell'argomento; quelle indicate con la lettera T (17%), che indicano le capacità di decisione autonoma nel trattamento; quelle indicate con la lettera E (13%) che indicano il livello di conoscenza delle tecniche o la loro stessa pratica. Questi tre tipi di caratteristiche rappresentano il 70% di tutte le UDE prese in esame e in definitiva rappresentano in modo più che soddisfacente i tre tipi di obiettivi che caratterizzano l'intero programma formativo: conoscenza, competenza pratica e capacità decisionali, intendendo con queste ultime le qualità che ben rappresentano il saper essere dei professionisti in formazione nei diversi corsi di laurea.

Una ultima considerazione sui Settori Scientifico Disciplinari inclusi nei nove *curriculum* presi in esame. In molti casi si tratta di una attribuzione ovvia e indiscutibile, ma in altri casi è possibile che l'attribuzione delle UDE dipenda dalla disponibilità di docenti nel campo preso in esame. La crescente competenza scientifica dei Docenti che

hanno a loro carico le UDE a maggiore valenza professionalizzante potrà in un prossimo futuro aiutare a spostare il SSD verso i MED/45-50, in modo da favorire al massimo l'integrazione teorico pratica e caratterizzare in modo più specifico i vari profili. Degli 83 SSD, che appaiono nelle UDE prese in esame, i primi 20 costituiscono da soli il 68% di tutte le UDE. Raggruppandoli in aree che corrispondono in parte alle attività formative previste dai Decreti istitutivi delle Classi, si nota un sostanziale equilibrio tra le attività formative di base, quelle caratterizzanti e quelle professionalizzanti. E' soprattutto la convergenza dei dati tra le varie classi che rende interessante il confronto. Ottenere questo obiettivo in corsi di laurea che stanno cercando di strutturare una identità culturale propria all'interno della facoltà di Medicina e Chirurgia non è così ovvio e scontato e questa armonica suddivisione di UDE tra le tre anime del corso di laurea, quella biologica, quella clinica e quella specifica del proprio profilo professionale indica un forte senso di appartenenza alla facoltà, ma anche una precisa consapevolezza culturale di chi si è e di dove si vuole arrivare.

La riflessione sui SSD all'inizio del lavoro sui *Core* era stata accantonata proprio per evitare possibili concentrazioni di interesse in chiave accademica, mettendo in primo piano il chi insegna cosa, rispetto a cosa c'è bisogno di sapere. Per questo l'attenzione si era stratificata sui tre livelli chiave della progettazione di una UDE: l'ambito culturale, il tema generale e quindi l'unità didattica elementare. Ma proprio durante la realizzazione dei *Core* e soprattutto nella fase finale di confronto è emersa la difficoltà di identificare esattamente questi livelli, per cui spesso l'ambito culturale è stato identificato con il nome della disciplina e il tema generale in molti casi con il sotto-settore della disciplina stessa. La ripetitività dell'errore ha permesso di mettere in risalto il tipo di errore mentale in cui era facile incorrere se non si aveva ben chiaro un albero delle conoscenze organizzato per livelli.

Nell'ipotesi di voler fare della formazione multi-professionale, sia all'interno della classe che di interclasse è così possibile estrarre rapidamente contenuti affini da attribuire a docenti disposti a partecipare ad attività di questo tipo, con il vantaggio di mettere le basi per un lavoro in *équipe* sempre più efficace, grazie alla condivisione dei linguaggi e delle culture, all'analogo approccio alla soluzione dei problemi, all'allenamento a prendere decisioni insieme partendo da angolature diverse.

Avere sottomano l'intero progetto Core dei Corsi di Laurea può permettere ai vari livelli di organizzazione dell'attività didattica di individuare settori troppo carichi e settori affini ma non ancora adeguatamente coinvolti nell'attività di formazione, oppure può permettere di vedere se all'interno di una classe o di un corso di laurea le UDE sono attribuite in modo eccessivo ad alcuni docenti, trascurando altri possibili interlocutori, più che validi e disponibili. Il SSD non è un vincolo assoluto, ma ha una forte valenza orientativa per raccordare i bisogni degli uni con la competente disponibilità degli altri. Per questo è utile che il Macro-File del Core generale si vada arricchendo dei contributi di tutti gli altri corsi di laurea. In questo momento la sua efficacia sta nelle possibili simulazioni che consente e nella valenza suggestiva che può avere per quanti ancora non hanno messo mano al proprio Core.

Infine vale la pena aver presente che sono gli stessi docenti di una stessa Facoltà che distribuiscono la loro attività su diversi fronti e che spesso si trovano ad operare con logiche diverse a seconda delle indicazioni generali dei rispettivi Presidenti o Coordinatori. Unificare i criteri metodologici sul piano didattico, condividere strategie di insegnamento in funzione di un esplicito sforzo di attenzione ai processi di apprendimento degli studenti, investire adeguatamente le energie per migliorare la qualità complessiva dei risultati dei Corsi di laurea, rappresentano il vero obiettivo del lavoro sul core.

Progetto per il prossimo anno

Il Lavoro sul *Core curriculum* appare allo stato attuale dei fatti solo abbozzato, troppe sono le lacune, le criticità e in definitiva ancora la mancata assimilazione da parte di tutto il Corpo docente del tipo di innovazione che comporta. E' un oggetto misterioso per troppe persone per poterlo considerare a conti fatti uno strumento agile, efficace e di facile utilizzo. Mancano due pareri assolutamente determinanti per poterlo varare sul piano pratico ed operativo:

- a) il parere degli studenti come studenti: si pensi ad esempio all'effettivo conteggio delle ore di studio-lavoro indispensabili per l'acquisizione degli obiettivi proposti;
- b) il parere degli studenti come neo-laureati inseriti nel mondo del lavoro ed esposti a valutare se realmente la formazione ricevuta è coerente con le richieste specifiche di cui sono oggetto.

Uno dei problemi fondamentali che la revisione critica del *Core curriculum* dovrà affrontare nel momento in cui includerà la valutazione degli studenti è proprio il problema della soddisfazione che il neo-laureato ricava dalla possibilità di svolgere un ruolo coerente con gli studi fatti e in linea con le aspettative maturate durante gli anni di studio. In altri termini uno studente di Infermieristica, laureato in modo appena passabile, troverà lavoro più rapidamente di uno studente brillante di un corso di Laurea diverso, ad esempio un Educatore professionale. Ora è vero

Quesiti	Obiettivi
Qual è il ruolo professionale effettivamente svolto	<i>Rapporto tra aspettative e carriera attuale</i>
C'è coerenza tra tipologia di studi fatti e lavoro effettivamente realizzato	
Quanto tempo dopo la laurea si sono inseriti in modo stabile nel mondo del lavoro	<i>Tempi di attesa per l'inserimento nel mondo lavorativo</i>
Cosa hanno fatto nei mesi-anni intercorsi tra laurea abilitante e lavoro professionale stabile	
Quali <i>skills</i> professionali sono state loro richieste durante il primo anno di inserimento professionale	<i>Coerenza tra competenze acquisite e competenze necessarie</i>
Quali quelle richieste a tre anni dall'inserimento professionale	
Come valutano a distanza di alcuni mesi-anni le metodologie didattiche sperimentate durante il periodo di studio e come giudicano la loro qualità	<i>Valutazione ex post della qualità formativa ricevuta</i>
Come valutano in rapporto alla competenza professionale richiesta gli strumenti e i metodi di valutazione utilizzati durante gli anni di studio	
Quali sono le difficoltà incontrate nella prima attività lavorativa	<i>Autonomia e flessibilità nella gestione delle proprie risorse</i>
Di quali aiuti hanno avuto bisogno e in che misura sono stati capaci di procurarsi autonomamente	

che si tratta di laureati appartenenti a due classi diverse di una stessa Facoltà, ma una buona revisione dei *Core curriculum* in questa chiave interpretativa potrebbe indurre a ripensare alcuni segmenti formativi, a vantaggio di una competenza professionale più flessibile e orientata alle effettive richieste del contesto professionale. Si tratta di un dato rilevante nella revisione del *Core curriculum* perché obbliga a prestare maggiore attenzione anche alle metacompetenze che sviluppano nel soggetto la capacità di adattamento e di flessibilità indispensabile a realizzare il duplice lavoro di adattamento:

- adattare sé al mercato di lavoro: scegliere tra quanto è disponibile realmente;
- adattare il mondo del lavoro a se stessi: trasferire creatività e imprenditorialità per individuare nuove modalità di impegno delle capacità faticosamente acquisite.

Diventa allora importante che ogni *Core curriculum* venga rivisto non solo alla luce delle scelte delle UDE, come se questo fosse il livello di maggior complessità del lavoro da svolgere: la scelta dei contenuti (il *core contents*), ma soprattutto a livello degli obiettivi e delle metodologie didattiche proposte (il *core competence*), che è dove più e meglio si vanno strutturando le metacompetenze dei neo-laureati, quelle che permetteranno loro di affrontare con autonomia e flessibilità le diverse situazioni di lavoro in cui si imbattono. Le metodologie didattiche interattive sono una scuola eccellente di *social skills* e facilitano lo sviluppo di capacità di mediazione e di negazione, indispensabili in contesti professionali ad alta complessità organizzativa, con un elevato rischio di conflittualità, legato anche ai possibili livelli di sovrapposizione tra ruoli. Il passaggio a modelli organizzativi che superano le tradizionali forme di divisione del lavoro comporta una ridefinizione dei rapporti di gerarchia e di subordinazione all'interno del sistema e richiede al personale caratteristiche molto spiccate quali: le capacità relazionali, l'autonomia decisionale, la condivisione delle responsabilità, il senso di iniziativa, uno stile assertivo di dialogo e di risoluzione dei conflitti incipienti, l'atteggiamento mentale di chi desidera risolvere problemi e non solo evidenziarli. Gli studenti debbono considerare come una delle *skills* irrinunciabili del loro *Core Curriculum* l'aver imparato a progettare il loro futuro professionale, oltre che personale. I corsi di laurea dell'area sanitaria debbono avere una forte valenza professionale, ma non debbono mai perdere di vista che si tratta di profes-

sioni che si realizzano in un contesto ad alto potere trasformativo non solo sul piano tecnologico, ma anche su quello socio-organizzativo.

Il *Core* è fatto per lo Studente, perché ognuno di loro possa sapere fin dall'inizio: con chiarezza e con sicurezza, ciò che gli servirà nel momento in cui si troverà faccia a faccia con i principali problemi specifici della sua professione. A noi la responsabilità di confezionarlo pensando costantemente a loro, a loro la responsabilità di vararlo, correggendolo ed adattarlo, sia da studenti che da giovani professionisti. Qualità oggettiva di risultati e uguali opportunità rappresentano un aspetto non indifferente dell'etica della formazione, che a livello di Facoltà va declinata anche in un senso più ampio: uguali opportunità a tutti i corsi di laurea, alla luce del *core curriculum* di ciascuno una volta che sia stato approvato e varato.

Bibliografia

- 1) Binetti P. Matarese M., Criteri Generali seguiti nella preparazione di un core curriculum di riferimento per le classi di laurea di area sanitaria. L'Infermieristica basata sulle evidenze. N°2/luglio 2002. Pag. 57/61.
- 2) Binetti P., Alla ricerca della Best Evidence Medical Education. Medicina e Chirurgia. N°14/2000. Pag. 487/493.
- 3) Binetti P., I Corsi Integrati come modello concettuale orientato all'unità del sapere. Medicina e Chirurgia. N°15/2000. Pag. 531/538.
- 4) Casti A., Indagine sull'applicazione del nuovo ordinamento didattico del Corso di laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia nei primi anni dall'avvio della riforma sull'autonomia didattica. Medicina e Chirurgia. N° 20/2003. Pag. 749/780.
- 5) Danieli G., Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie, appunti intorno ad un convegno. L'Infermieristica basata sulle evidenze. N°2/luglio 2002. Pag. 5/6.
- 6) Gaddi A., Tomasi A., Vettore L., Core Curriculum del Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia. Suggesti e considerazioni per la sua utilizzazione. Medicina e Chirurgia. N° 18/2002. Pag. 632/692.
- 7) Gensini G.F., Conti A., Conti A., L'Evidence Based Medicine nel curriculum medico: breve panoramica storica e linee guida per la didattica universitaria. Medicina e Chirurgia. N°16/2001. Pag. 574/575.
- 8) Tomasi A., Gaddi A., Vettore L., Il core curriculum degli studi medici. Medicina e Chirurgia. N°16/2001. Pag. 566/575.
- 9) Tomasi A., Risultati del lavoro di revisione della Commissione core curriculum. Medicina e Chirurgia. N°17/2002. Pag. 599/608.
- 10) Vettore L., Gaddi A., Tomasi A., Il Core Curriculum degli studi medici. Il suo significato e qualche suggerimento per costruirlo e applicarlo. Medicina e Chirurgia. N°19/2002. Pag. 704/709.

La didattica pratica nei corsi di laurea delle professioni sanitarie

Maria Matarese (Campus Bio Medico)

Premessa

La Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie si è impegnata dallo scorso anno in un nuovo approfondimento tematico che ha riconosciuto nella didattica pratica un possibile elemento unificante nella formazione dei professionisti sanitari. Scopo del gruppo di lavoro¹ è stato quindi definire delle linee guida per l'utilizzo della didattica pratica (DP) nei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie, che possano portare alla condivisione di un linguaggio, di una cultura pedagogica comune e di modalità formative. Il gruppo costituitosi, dopo aver proceduto ad una revisione della letteratura sull'argomento e aver condiviso le esperienze effettuate nei differenti corsi di laurea e nelle varie sedi, si è prefissato i seguenti obiettivi:

- fornire una definizione di didattica pratica
- definire gli obiettivi della DP
- Selezionare le metodologie più efficaci
- Individuare le modalità di valutazione
- Indicare il ruolo del tutor nella DP
- suggerire un core di abilità per i vari profili professionali da sviluppare attraverso la didattica pratica.

Introduzione

Lo studente dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, per raggiungere un livello di formazione che gli consenta di esercitare la propria professione in maniera sicura ed efficace, ha bisogno di un significativo periodo di tirocinio pratico. Ma prima ancora lo studente deve avere la possibilità di sperimentare le abilità semplici e complesse richieste per il suo esercizio professionale in un contesto "protetto" che gli consenta di acquisire tali abilità in sicurezza (per lui, per le altre persone coinvolte, per i materiali e le attrezzature) in un clima orientato alla formazione.

L'attività didattica che permette ciò, e che indi-

Hanno contribuito al presente lavoro: Paola Caruso (CL Fisioterapisti), Donatella Ussorio (CL Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e sociale), Alessandro Macedonio (CL Assistenti Sanitari), Franco Ascolese (CL Tecnico sanitario radiologia medica), Daniela Miraglia (CL Terapista della Neuropsicomotricità), Annalisa Morandin, Anna Bagnasco, Laura Tibaldi, Virna Fossa (CL Infermieri).



Fig. 1 - Ciclo dell'apprendimento clinico (Ewan e White, 1984, modificato dall'autore).

cheremo con il termine di didattica pratica, secondo il modello del ciclo dell'apprendimento clinico proposto da White e Ewan (1994)¹, si colloca tra i corsi teorici da un lato e il tirocinio dall'altro, come collegamento tra le conoscenze teoriche e l'esperienza professionale (fig. 1).

La Didattica pratica può essere definita come un processo di insegnamento/apprendimento che permette allo studente di acquisire abilità semplici e/o complesse, fondamentali per l'esercizio professionale, al di fuori della realtà professionale (contesto di tirocinio).

La didattica pratica deve quindi mettere in grado gli studenti di capire, verificare e utilizzare i principi generali del programma teorico nella successiva pratica clinica, di sviluppare abilità psicomotorie, relazionali e cognitive preparandoli all'attività professionale, scoprire i principi e sviluppare le intuizioni attraverso le simulazioni che mirano ad applicare le discipline fondamentali nella pratica professionale¹. La didattica pratica seguirà di pari passo l'apprendimento teorico dello studente.

Il ricorso alla didattica pratica fonda le sue radici nel principio pedagogico che lo studente impara meglio mentre sperimenta da sé i vari compiti, non è sufficiente infatti che qualcuno illustri allo studente come svolgerli o guardare gli altri che li svolgono o ascoltare altri che ne parlano (*knowing in action*)¹.

La didattica pratica deve essere perciò caratterizzata da un metodo di apprendimento in grado

di coinvolgere lo studente sul piano teorico e sul piano operativo. Può essere effettuata attraverso attività individuali e di gruppo e deve prevedere un rapporto ottimale tra numero di studenti e numero tutor di didattica pratica.

Metodologie per la didattica pratica

A secondo del tipo di abilità che si intende sviluppare possono essere utilizzate diverse metodologie di apprendimento. Una revisione della letteratura ha permesso di evidenziare che le metodologie più utilizzate in questo ambito sono:

1. la simulazione
2. il lavoro di progetto
3. l'analisi e la risoluzione di casi/problemi
4. i lavori e le esercitazioni di gruppo
5. il *role playing*

1. SIMULAZIONE. Permette di osservare direttamente uno studente o gruppo di studenti mentre esegue/ono un determinato compito/attività professionale in un ambiente e in condizioni simili a quelle in cui dovranno eseguirli durante la loro attività professionale². Essa permette di valutare la prestazione secondo standard definiti e concordati precedentemente. Si ricorre generalmente alla simulazione quando l'abilità da sviluppare è di tipo prevalentemente gestuale².

Alcuni esempi di attività/compiti che uno studente può sperimentare attraverso la simulazione sono riportati nella Tab. 1.

La simulazione in genere è preceduta da una

Compito/attività	Profilo professionale
Controllare la pressione arteriosa di un altro studente	Infermieri/infermieri pediatrici/ostetriche
Calcolare il Range Of Motion (ROM) articolare passivo	Fisioterapisti
Effettuare uno striscio di sangue su vetrino dopo averlo prelevato da una provetta.	Tecnici di laboratorio

Tab. 1 - Esempi di attività per la simulazione.

dimostrazione dell'attività in oggetto eseguita direttamente da un tutor o trasmessa attraverso un videofilmato o CD rom. L'utilizzo del videofilmato o CD rom, oggi giorno sempre più diffuso, offre numerosi vantaggi come quello di poter standardizzare la procedura (si evita il rischio di variabilità individuale a secondo del tutor che effettua la simulazione), di potere essere visionato dallo studente in qualsiasi momento in tempi rapidi e senza consumo di

materiale, di permettere allo studente di fermarsi e tornare indietro se lo desidera e rivederlo più volte. Ciascuno studente poi a rotazione si eserciterà nella simulazione in presenza o in assenza di tutor. Gli studenti possono videoregistrare la loro attività e rivederla per autovalutarsi e migliorarla e possono valutarla utilizzando check list. La check list o lista di controllo è una sequenza di azioni attese riportate per iscritto che costituiscono il compito che è oggetto di simulazione e il compilatore deve decidere se ogni singolo atto è stato svolto in modo corretto o meno³ (un esempio è riportato nella Tab. 2); il punteggio complessivo fornisce una misura del livello di adesione allo standard dell'attività. La check list può essere preparata dal tutor o anche dagli studenti stessi in piccoli gruppi dopo aver analizzato l'esecuzione del compito/attività da parte di un professionista.

Le simulazioni, secondo un modello proposto da Janes e Cooper possono essere classificate a secondo del loro livello di complessità, interazione, controllo e realtà⁵.

Complessità: possono andare da quelle più semplici e a basso livello di acquisizione di abilità psicomotorie e/o intellettive a quelle che richiedono abilità cognitive applicative e attività psicomotorie svolte attraverso meccanismi e livelli di risposte evidenti.

Interazione: le attività da simulare possono prevedere il coinvolgimento di un singolo operatore (non è richiesta la collaborazione e la cooperazione con altri) o prevedere la collaborazione con altri infermieri o altri professionisti. Questo fattore aggiunge un ulteriore livello di difficoltà alla simulazione in quanto richiede agli studenti l'acquisizione di abilità organizzative e comunicative.

Controllo: un alto livello di controllo sulla simulazione si ha quando esse sono ampiamente definite, codificate, riportate per iscritto e altamente guidate con l'obiettivo di raggiungere specifici comportamenti.

Realtà: alcune simulazioni non richiedono di rappresentare l'ambiente di lavoro in maniera reale (ad es. è possibile insegnare a praticare una iniezione intramuscolare anche in un ambiente che non riproduce esattamente una medicherai di un reparto). Un alto livello di realtà invece è richiesto ad esempio per simulare la risposta sanitaria ad una macroemergenza. Le risorse e il personale da coinvolgere varierà quindi in funzione dei differenti livelli richiesti.

Valutazione ROM articolare				
Cognome e nome dello studente:				
Cognome e nome dell'osservatore:				
Data dell'osservazione:				
Valutazione dell'esecuzione della procedura per la valutazione del ROM (Range of Movement) articolare passivo con goniometro universale (secondo Clarkson-Gilevich)				
		<i>Esegue in modo adeguato</i>	<i>Esegue in modo non adeguato</i>	<i>Non esegue</i>
		+1	0	0
Esposizione della zona corporea	Lo studente espone la zona corporea da valutare, rispettando il pudore del paziente	-	-	-
Istruzioni	Dimostra e/o spiega i movimenti da eseguire ovvero muove passivamente l'arto sano al paziente per tutto il ROM	-	-	-
Valutazione del ROM normale	Lo studente inizia la valutazione dal lato sano (se possibile)	-	-	-
Procedura di misurazione	Pone il paziente in modo comodo e ben appoggiato, con l'articolazione da valutare posta in posizione anatomica	-	-	-
	Segna qualsiasi variazione rispetto alla posizione standard	-	-	-
Stabilizzazione	Stabilizza il segmento prossimale utilizzando il peso del paziente, oppure la posizione del paziente oppure forze esterne (pressione del fisioterapista o mezzi di fissazione passiva)	-	-	IR
Misurazione	Pone il goniometro universale lateralmente all'articolazione oppure (tranne che in caso di gonfiore) al di sopra dell'articolazione con minimo contatto tra goniometro e cute	-	-	-
	L'asse del goniometro viene corrispondere all'asse articolare, utilizzando punti di repere anatomici	-	-	IR
	Il braccio fisso del goniometro è posto parallelamente all'asse lungo del segmento prossimale e/o in direzione di una sporgenza ossea	-	-	IR
	Il braccio mobile del goniometro è posto parallelamente all'asse lungo del segmento distale e/o in direzione di una sporgenza ossea	-	-	IR
	I rapporti tra i due bracci vengono mantenuti durante tutto il movimento	-	-	-
	Per misurare l'angolo il fisioterapista fa muovere attivamente il paziente e poi completa passivamente il range di riserva passiva, oppure compie passivamente tutto il movimento	-	-	-
	Parte dalla posizione 0 e muove il braccio distale del goniometro	-	-	IR
	Legge nella giusta direzione e progressione i gradi	-	-	IR
	Registra la misurazione su apposite schede o diagrammi	-	-	IR
	Differenzia il ROM articolare da quello muscolare in presenza di muscoli bi- o poliarticolari	-	-	-
<i>Livello Accettabile di Performance = 13</i>		<i>Livello raggiunto dallo studente= ...</i>		
IR = Irrinunciabile. Con IR vengono identificati gli step che devono necessariamente essere eseguiti in modo adeguato.				

Tab. 2 - Esempio di check list: valutazione ROM articolare (tratto da Linee guida per la formazione del fisioterapista. Associazione italiana fisioterapisti*).

Limiti all'utilizzo delle simulazioni possono essere i costi relativamente alti legati all'allestimento di un setting che simuli l'ambiente professionale soprattutto se richiede alta tecnologia o apparecchiature costose, o materiale per far esercitare gli studenti più volte, o un numero elevato di tutori. Vantaggi sono l'alta standardizzazione e riproducibilità dei compiti selezionati, la possibilità di rispettare i tempi diversi di ogni singolo studente per l'acquisizione dell'abilità².

2. LAVORO DI PROGETTO. Prevede che lo studente realizzi una certa attività in un tempo definito, che ha come risultato un prodotto che può essere valutato. Per esempio il prodotto può essere un'attività concreta (dissezione, tagli, impronta dentaria, vetrini istopatologici) oltre a documenti scritti (rapporto, ricerca, bibliografia, ecc.)². Si consiglia di utilizzare il lavoro di progetto quando si vuole sviluppare un'abilità gestuale o intellettuale complessa e si è più interessati al prodotto che al modo di procedere dello studente.

E' necessario stabilire a priori qual è lo standard che si vuole raggiungere nel prodotto per valutare l'operato dello studente. E' possibile fissare i criteri di risultato in una apposita scheda.

3. ANALISI E RISOLUZIONE DI CASI/PROBLEMI. Questa metodologia è utilizzata prevalentemente per sviluppare abilità di tipo cognitivo complesse. Essa prevede infatti da una parte l'analisi di situazioni e di problemi complessi, promuovendo l'apprendimento su come diagnosticare e intervenire in situazioni analoghe a quelle presenti nel caso esposto e discusso, dall'altra lo sviluppo delle capacità di analisi e di decisione che lo studio del caso attiva. Il contenuto del caso è per così dire un "pretesto" utile a sviluppare la capacità di analizzare situazioni complesse, di individuare le possibili opzioni per la soluzione dei problemi, di scegliere le linee di azione ritenute più adeguate. Il caso è preparato dal tutor-docente e può derivare da una situazione reale. La discussione avviene in un contesto di confronto tra le diverse posizioni assunte dai singoli studenti e/o da diversi sottogruppi⁶.

4. I LAVORI E LE ESERCITAZIONI DI PICCOLO GRUPPO. Gli studenti riuniti in gruppi di 5-8 studenti lavorano su materiale stimolo fornito dal tutore (film, osservazione di gioco dei ruoli, articolo di rivista, report di uno studente su di un

paziente reale) e devono dare delle risposte, trovare soluzioni alle questioni poste. E' una modalità che stimola l'interazione tra il docente e gli studenti e la partecipazione attiva degli studenti, e permette lo sviluppo di abilità intellettive (ragionamento, risoluzione di problemi), e lo sviluppo di abilità interpersonali quali l'ascolto, il parlare, la leadership e la discussione, abilità utili per i professionisti sanitari che si troveranno a lavorare in *équipe*⁴. Si consiglia quindi questa metodologia quando si vogliono sviluppare abilità di tipo cognitivo complesse e di tipo relazionale all'interno di *équipe* di lavoro.

5. GIOCO DEI RUOLI. È un particolare tipo di attività che richiede ad alcuni studenti di svolgere, per un tempo limitato, il ruolo di "attori", di rappresentare, cioè, alcuni ruoli in interazione tra loro, mentre altri studenti e il tutor fungono da "osservatori", rispetto una particolare situazione professionale. Ciò consente un'esplicitazione ed un'analisi dei vissuti, delle dinamiche interpersonali, delle modalità di esercizio di specifici ruoli e più in generale, dei processi di comunicazione agiti nel contesto "rappresentato"⁶. Si consiglia quindi questa modalità per l'acquisizione di abilità di tipo prevalentemente comunicativo. Una seduta di *role playing* prevede la definizione degli obiettivi educativi che si vogliono raggiungere nel campo comunicativo, la scelta del copione da consegnare agli studenti che reciteranno le parti del paziente, del professionista e/o dei familiari e/o dei colleghi. Tutto ciò può avvenire anche qualche giorno prima dell'attività per dare il tempo agli studenti di prepararsi. Nella Tab. 3 vengono sintetizzate le attività di preparazione di una seduta di *role-playing*.

Come abbiamo detto gli studenti-attori saranno osservati dagli altri studenti e tutor ed eventualmente filmati, così da potersi rivedere e autovalutare. Apposite griglie possono guidare nell'osservazione e nella valutazione (un esempio è riportato nella Tab. 4)

Questa metodologia consente quindi agli studenti di sperimentare in prima persona le loro abilità comunicative in una situazione protetta e possono quindi apprendere a rapportarsi con pazienti, familiari e colleghi diventando consapevoli del proprio stile di comunicazione.

Le diverse metodologie presentate possono essere utilizzate in vario modo a secondo delle

Role playing

- Il *protagonista* ha avuto il mandato e si comporta spontaneamente come ritiene meglio. Qualora si senta in difficoltà, può chiedere il *time out*, ossia una pausa del gioco per interrogare gli spettatori e chiedere loro come andare avanti o se ricominciare dall'inizio in altro modo.
- Gli altri attori invece recitano a soggetto il copione che è stato loro attribuito. In particolare il *paziente simulato* ha imparato un copione consegnatogli dal conduttore del gioco qualche giorno prima. Nel copione sono indicate le informazioni che può dare spontaneamente e quelle che invece deve dare solo su richiesta. Inoltre sono specificate le aspettative dall'incontro, le risposte a domande specifiche, le risposte a domande sotto pressione.
- È possibile ampliare il numero dei *co-protagonisti* aggiungendo un familiare del paziente oppure, in caso di obiettivi educativi relativi a competenze di collaborazione intra- o interprofessionale, creare situazioni in cui non ci sono i pazienti ma piuttosto colleghi, dirigenti o altro personale sanitario.
- Il *conduttore del gioco dei ruoli* osserva in tutte e tre le direzioni: il protagonista e gli attori, l'insieme del gruppo (e ogni osservatore con uno sguardo non inquisitore, senza fissare) e il suo orologio. Il gioco non è terminato fino a quando tutti gli attori sono seduti di nuovo in mezzo agli studenti.
- Il conduttore del gioco domanda al protagonista di esprimere il suo vissuto, poi agli altri co-protagonisti e quindi agli osservatori. È importante far parlare tutti i componenti del gruppo perché è proprio l'insieme dei commenti e del *feedback* a facilitare l'analisi degli elementi della comunicazione. È importante che la gente si esprima all'interno del gruppo e non rientri a casa disturbato dalle emozioni vissute durante il gioco dei ruoli.
- Alla fine della seduta il conduttore del gioco fa emergere quali sono gli elementi teorici che si vogliono approfondire per la volta successiva e, dopo che ognuno ha chiari gli argomenti di studio, chiude la seduta e termina all'ora stabilita.

Tab. 3 - Fasi nella preparazione di una seduta di role playing (tratto da: Linee guida per la formazione del fisioterapista. Associazione italiana fisioterapisti).

Strutturazione dell'intervista	Sì	No
1. Si presenta all'inizio del colloquio e chiarisce il suo ruolo professionale rispetto al paziente	-	-
2. Presenta uno schema della consultazione	-	-
3. Conclude l'approfondimento dei motivi dell'incontro con un riassunto dei temi principali	-	-
4. Esplora i motivi dell'incontro prima della raccolta dell'anamnesi	-	-
5. Completa l'approfondimento dei motivi dell'incontro e la raccolta dell'anamnesi in maniera sufficiente prima di passare alla presentazione di soluzioni	-	-
6. Comincia la presentazione di soluzioni con una spiegazione e una definizione del problema	-	-
7. Domanda alla fine del colloquio se i problemi principali sono stati discussi in maniera soddisfacente	-	-
Capacità interpersonali		
8. Facilita la comunicazione	-	-
9. Rimanda (commenta) le emozioni del paziente in maniera appropriata	-	-
10. Reagisce adeguatamente alle emozioni che sono dirette verso di lui in quanto fisioterapista	-	-
11. Indaga sui vissuti del paziente durante il colloquio	-	-
12. Compie, se necessario, interventi meta-comunicativi	-	-
13. Raccoglie l'anamnesi e indaga sui sistemi e apparati in maniera appropriata	-	-
14. Mette il paziente a suo agio quando necessario	-	-
15. Scandisce appropriatamente le pause durante il colloquio	-	-
16. Il comportamento verbale e non verbale del fisioterapista concordano	-	-
17. Stabilisce un appropriato contatto visivo con il paziente	-	-
Capacità comunicative		
18. Usa domande aperte e chiuse in maniera appropriata	-	-
19. Concretizza al momento giusto	-	-
20. Fa dei riassunti al momento giusto	-	-
21. Fornisce informazioni in maniera sintetica	-	-
22. Verifica se il paziente ha capito le informazioni	-	-
23. Si confronta, se necessario, in maniera appropriata	-	-
24. Usa un linguaggio comprensibile	-	-

Tab. 4 - Griglia per la valutazione delle competenze relazionali durante il primo incontro in ambulatorio tra fisioterapista e paziente (tratto da Linee guida per la formazione del fisioterapista. Associazione italiana fisioterapisti).

risorse disponibili e del livello di articolazione del *curriculum*. Un uso sapiente e modulato di tutte le metodologie può aiutare a sviluppare in maniera armonica tutte le competenze che sono necessarie allo studente per operare nella realtà professionale. E' possibile predisporre un programma che si articola nei tre anni di corso e nei singoli semestri definendo obiettivi, crediti formativi, contenuti, metodologie di apprendimento e di valutazione per i tutori, il calendario della didattica, garantendo una sequenzialità e gradualità nell'apprendimento dello studente. (vedi un esempio relativo ad un semestre nella Tab. 5).

Laboratorio

Il contesto fisico in cui la didattica pratica può aver luogo è il laboratorio, che può essere definito come il luogo in cui gli studenti imparano le abilità necessarie alla pratica professionale prima di spostarsi nei *setting* di tirocinio a contatto con pazienti/strumenti/operatori, fornendo l'opportunità per familiarizzare con le attività professionali in un ambiente protetto che simula il *setting* professionale. Viene indicato in letteratura nazionale ed internazionale con differenti termini come laboratorio dei gesti, *skills lab*, *communication skills lab*, aula esercitazione, aula gesti, laboratorio di apprendimento (*learning lab*), *resource center*. Spesso con il termine laboratorio viene indicato non solo lo spazio fisico ma anche il metodo ed il sistema di insegnamento/apprendimento. Alcune volte

il laboratorio è organizzato in un contesto lavorativo, per la disponibilità delle attrezzature e del materiale o dei pazienti/utenti, altre volte si tratta di uno spazio allestito nella sede didattica. In laboratorio, intendendolo nel senso più ampio, possono essere sperimentate e apprese abilità di natura psicomotoria o gestuale, relazionale o comunicativa e cognitiva. Se le abilità sono di natura prevalentemente gestuale sarà necessaria la presenza di un'attrezzatura che simula quella che gli studenti troveranno nei loro ambienti di tirocinio, con spazio e strumenti sufficienti per far provare tutti gli studenti. Se la componente delle abilità è prevalentemente intellettuale e relazionale il laboratorio dovrà prevedere zone con materiale di lettura e consultazione, cineprese e videoregistratori e tavoli per la discussione e così via.

Il tutor di didattica pratica

La persona che rende operativa la didattica pratica è il Tutor che è il professionista del corrispondente profilo professionale, con esperienza professionale consolidata, che ha la responsabilità di:

- seguire lo studente nel suo percorso di formazione sulla base degli obiettivi fissati per ogni modulo formativo previsto dall'ordinamento
- valutare e certificare il raggiungimento di tali obiettivi.

E' quindi esperto in alcune metodologie didatti-

Anno o Sem	SSD	CFU	Contenuti	Metodologie	Metodi di valutazione
I/1	MED/45	4	Applicazioni precauzioni standard (Legge 626/94) Rifacimento del letto libero e occupato Rilevazione dei parametri cardiocircolatori: pressione arteriosa, polso centrale e periferico Rilevazione della frequenza respiratoria Auscultazione del torace Igiene della persona: interventi di supporto/ sostituzione nelle situazioni di dipendenza (bagno a letto) Interventi di mobilizzazione sulla persona a letto Interventi di movimentazione dei carichi Interventi di supporto durante la deambulazione Medicazione della lesione da decubito Esercitazioni sulla comunicazione	Analisi di casi assistenziali Lecture di approfondimento Simulazione e formulazione di <i>check list</i> Simulazione su manichino Simulazione tra colleghi <i>Role playing</i> videofilmato	Esame a stazioni Prova pratica reale in sede di tirocinio clinico

Tab. 5 - Pianificazione della didattica pratica, 1° semestre 1° anno, Corso di Laurea in Infermieristica, Università di Genova, Azienda Ospedaliera San Martino.

che finalizzate all'acquisizione delle abilità di cui è responsabile (ad es. *role playing*, simulazione, ecc.) e nelle metodologie valutative.

Per valutare che lo studente abbia acquisito le abilità e sia quindi pronto per l'esperienza di tirocinio, utilizza ad esempio apposite schede individuali dove attesta il livello di raggiungimento delle abilità richieste.

La responsabilità dell'attività didattica pratica complessiva dell'intero *curriculum* spetta al Coordinatore tecnico-pratico di Corso di Laurea mentre i docenti dei singoli corsi sono responsabili della definizione degli obiettivi specifici e dei contenuti delle singole attività didattiche pratiche e di individuare e formare in accordo con il coordinatore tecnico pratico i tutori che si faranno carico delle singole o di gruppi di attività.

Conclusioni

Sono state fornite in questo articolo alcune indicazioni relative all'uso della didattica pratica nei corsi di Laurea delle professioni sanitarie con esempi applicativi. Alcuni corsi di laurea provengono da una tradizione consolidata di utilizzo di questa forma di apprendimento/insegnamento mentre altri si affacciano ora alla sperimentazione di nuove forme di apprendimento. In ogni caso ci sembra che la didattica pratica possa fornire un valido aiuto nella formazione dei professionisti sanitari.

Bibliografia

- 1) White R., Ewan C., *Il tirocinio. L'insegnamento clinico del nursing*. Milano Sorbona 1994.
- 2) Guilbert J.J., *Guida pedagogica per il personale sanitario*. Edizioni dal Sud 2002 Bari.
- 3) Federazione IPASVI, *Linee guida per un progetto di formazione di base dell'infermiere*. IPASVI Roma 1999.
- 4) Associazione Italiana Fisioterapisti, *Linee guida per la formazione del fisioterapista*. Masson Milano 2003.
- 5) Janes J., Cooper J., Simulations in nursing education. *Austr J Adv Nursing* 1996 vol 13 num 4: 35-9.
- 6) AIF, *Professione formazione*. Milano Franco Angeli 1995.

L'Autrice coordina il Gruppo di studio sulla *Didattica pratica* nell'ambito della Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie. Coloro che fossero interessati a partecipare o desiderano inviare contributi possono utilizzare il seguente indirizzo: M.Matarese@unicampus.it



Modelli e strategie per la formazione alla ricerca nei corsi di laurea delle professioni sanitarie

Paola Di Giulio (Torino), Giovanna Artioli (Modena - Reggio Emilia), Chiara Boggio (Torino), Valerio Dimonte (Torino), Paolo Motta (Torino), Alvisa Palese (Udine), Giovanni Pomponio (Ancona), Luisa Saiani (Verona), Giovanni Renga (Torino)

La necessità di formare professionisti (infermieri, fisioterapisti, tecnici...) in grado di interrogarsi sulla propria pratica, di utilizzare ed analizzare criticamente la letteratura e di produrre conoscenze originali non è più messa in discussione. L'interrogativo si pone quando si devono identificare strategie, modelli e contributi della formazione.

È utile interrogarsi sui livelli di formazione e sulle competenze da garantire ai diversi livelli. Nell'ambito del percorso formativo delle professioni sanitarie, il livello di base è la laurea triennale, successivamente si può accedere a corsi di master e perfezionamento, la laurea specialistica e il dottorato in ricerca. Ciascun livello implica il possesso di conoscenze specifiche sia cliniche che di metodologia (didattica, ricerca, organizzazione). Infatti non è ipotizzabile rimandare l'acquisizione delle conoscenze di ricerca al livello più elevato (laurea specialistica e dottorato di ricerca) perché l'acquisizione del metodo della ricerca dovrebbe essere trasversale sin dalla laurea triennale.

Si può considerare ricerca non solo produzione di dati originali, ma anche la creazione di spazi culturali originali di discussione e dibattito; la capacità di proporre punti di vista diversi per guardare ai problemi; di mettere in discussione le tradizioni su cui si basa la pratica, e di diffondere le prove di efficacia disponibili.

Questa volontà si scontra spesso (sia negli studenti che nei professionisti) con un grosso divario tra esigenza e capacità effettiva di tradurre le aspirazioni in protocolli operativi, che abbiano una logica ed un metodo rigorosi, e siano nello stesso tempo spendibili nel contesto quotidiano del lavoro. La formazione alla ricerca deve quindi procedere su entrambi i fronti: fornire metodo perché la curiosità o i dubbi, che vanno alimentati e guidati, si trasformino in domande e, queste, in progetti e dati. La capacità di riflettere criticamente sulla propria pratica e di elaborare quesiti, di domandarsi i perché, riflettere sulla variabilità delle pratiche è alla base di qualunque percorso formativo.

Se si condivide questa premessa è opportuno fare chiarezza su contenuti e competenze da garantire ai diversi livelli.

Proposte per una formazione alla ricerca

La formazione di base, di qualunque percorso scolastico, non è generalmente molto orientata al metodo scientifico. La capacità di lettura di un testo scientifico o di descrizione (non letteraria) di un'esperienza sono abilità che gli studenti posseggono raramente. Le capacità minime da garantire ad uno studente di base potrebbero interessare i seguenti aspetti:

- *Capacità di utilizzare la biblioteca e consultare le banche dati.* È il requisito minimo, anche se non strettamente legato alla formazione alla ricerca, ma condizione indispensabile per aggiornarsi e per fare ricerca. La consultazione delle banche dati (elettroniche e cartacee) richiede la capacità di a. costruire una strategia di ricerca; b. selezionare e valutare criticamente quanto viene proposto. È la base, assieme alla conoscenza dell'inglese, per poter consultare e fare una revisione della letteratura.

Le sedi di formazione e/o di tirocinio dovrebbero poter garantire agli studenti la possibilità di accesso alle banche dati disponibili e farli esercitare su come identificare (e possibilmente anche recuperare) articoli su pubmed, medline, cinahl. Quindi le biblioteche dei corsi di laurea dovrebbero avere una dotazione minima di riviste specifiche sia nazionali che internazionali.

- *Lettura critica di un articolo di ricerca.* La capacità di lettura e conoscenza della struttura di un articolo scientifico, e poi di lettura critica può articolarsi in livelli diversi. A livello di base va garantita una capacità che comprende il riconoscimento dei diversi disegni di ricerca; il riconoscimento dei requisiti-caratteristiche di un articolo scientifico; la capacità di lettura ed interpretazione dei dati (interpretazione di tabelle, curve, metanalisi). Il livello di "critica" da esercitare dovrebbe concentrarsi sulla coerenza tra obiettivo e metodo e sulla presentazione dei risultati. Sicuramente si può arrivare, in contesti selezionati, a livelli più sofisticati di analisi, ma il messaggio importante da trasmettere è che non tutto ciò che viene pubblicato è necessariamente di buon livello qualitativo. E che il senso critico va esercitato anche nei confronti dei libri di testo o di altro materiale cartaceo o informatico (oltre che degli insegnanti:

ma su questo gli studenti non hanno nulla da imparare).

È irrilevante quale griglia di lettura utilizzare (o se utilizzarne) per la lettura di un articolo. La capacità sta nel costruire delle esercitazioni (cosa non sempre semplice) che mantengano vivo l'interesse dello studente e finalizzino ad un percorso, non fine a se stesso, l'acquisizione di competenze nella lettura critica. E nella scelta di articoli sufficientemente didattici da consentire la trasmissione del messaggio. Si può discutere se sia preferibile presentare un articolo "buono" o metodologicamente scorretto. O un articolo su un tema che gli studenti conoscono (ad esempio un articolo sulle lesioni da decubito in modo da concentrare l'esercizio sia sul contenuto che sul metodo) o totalmente nuovo (in questo caso l'accento sarebbe totalmente sul metodo). Ciascuna scelta ha vantaggi e svantaggi che vanno pesati rispetto al gruppo ed agli obiettivi che si vogliono far raggiungere. Una sola esercitazione non è sufficiente per far interiorizzare i quesiti che bisogna porsi durante la lettura. D'altro canto, è difficile prevedere un numero tale di esercitazioni in aula da rendere gli studenti competenti nella lettura critica. Se questa è un'abilità ritenuta importante vanno pianificate altre occasioni di apprendimento (preferibilmente non concentrate alla fine del terzo anno) perché lo studente dovrebbe utilizzare questa abilità (anche) per la tesi. Saper leggere un articolo prevede la conoscenza dei concetti di base di statistica.

Si può valutare se la capacità di lettura critica vada limitata agli articoli di ricerca o estesa anche ad esempio, alle linee guida.

- *Abitudine all'uso-lettura degli articoli di ricerca.* Questa abilità è un po' più complessa perché richiede il coordinamento dei contenuti e dei metodi di insegnamento anche di altre discipline. La consultazione dei libri di testo andrebbe integrata sempre di più dalla lettura di articoli, in modo che questo diventi il modo normale di studiare ed aggiornarsi. Si tratta anche in questo caso, di un'abilità propedeutica alla capacità di fare ricerca, ma parte di quell'atteggiamento alla ricerca cui si accennava nell'introduzione.

In particolare gli insegnanti della materie disciplinari caratterizzanti dovrebbero fornire una bibliografia di riferimento fatta anche di articoli di ricerca (e non solo di libri di testo). Per l'infermieristica non è difficile, perché anche argomenti quali le tecniche, sono sempre più oggetto di ricerche. La difficoltà sta nell'abituare lo studente a leggere e trovare un equilibrio tra informazioni anche contrastanti fornite da un articolo e infor-

mazioni presentate nel libro di testo. Buoni articoli (anche di ricerca epidemiologica) possono aiutare a capire meglio, ad esempio, la frequenza dei sintomi in determinate sottopopolazioni. Ci si può chiedere se a livello di base non sia preferibile, in linea di massima, fornire fonti secondarie (revisioni della letteratura, articoli già commentati o metanalisi). Sicuramente è più semplice e contribuisce comunque a creare l'abitudine alla consultazione delle riviste. Il rischio è di fornire risposte precostituite e di non stimolare il senso critico.

- *Partecipazione a progetti di ricerca.* Si tratta forse dell'aspetto più formativo, ma anche più difficilmente conciliabile con i limitati tempi dei tirocini e la limitata disponibilità di reparti coinvolti in progetti di ricerca. I tempi di realizzazione di una ricerca infatti spesso non sono compatibili con i tempi dei tirocini. Partecipando ad un progetto, raccogliendo i dati, affiancando i professionisti esperti lo studente potrebbe comprendere meglio le fasi di realizzazione di un progetto, ma la modalità di stesura e applicazione operativa di un protocollo; l'importanza e le modalità per garantire affidabilità e riproducibilità nella raccolta dati.

Lo stimolo è quello di trovare spazi e proposte per consentire agli studenti di partecipare in modo attivo alla produzione di dati che descrivano un fenomeno o facciano emergere un punto di vista diverso. Le implicazioni culturali di questo percorso sono di lunga portata perché, producendo nuove conoscenze, si diventa protagonisti del processo di cambiamento culturale ed operativo e non ci si limita ad ubbidire a regole. Una partecipazione allargata degli studenti (e degli infermieri già in servizio) a questo processo è la condizione indispensabile per assicurare nel più breve tempo possibile una massa critica di professionisti che valuti i cambiamenti e le loro conseguenze, ma anche il funzionamento del SSN, o le implicazioni dei processi assistenziali o delle soluzioni organizzative sul paziente.

Non avrà dunque senso preoccuparsi troppo di fermarsi a discutere sul tipo di ricerca (se infermieristica, clinica, psicologica, indipendente o collaborativa etc). Ciò che importa dal punto di vista didattico è far entrare consapevolmente lo studente nel percorso e nelle regole che portano alla produzione di conoscenze. È preferibile che la partecipazione non si limiti alla raccolta dati ma vanno fornite occasioni per discutere il protocollo, analizzare i problemi e le modalità di analisi dei dati e far capire quali sono le strategie che nei diversi settori garantiscano un approccio e la pro-

duzione di risultati affidabili, basati su dati controllati.

Il requisito importante per raggiungere questo obiettivo è che, all'interno dei Corsi di Laurea, si creino gruppi che, di *routine*, portano avanti progetti di ricerca. E' più facile per lo studente inserirsi in un percorso ed in un gruppo già avviato che non essere inserito in progetti slegati tra loro e dei quali, forse, non vedranno mai la conclusione.

- *Stesura di progetti di ricerca*. Questa è l'abilità più importante ma anche la più controversa, e che generalmente viene dimostrata con il progetto di tesi. La tesi dovrebbe essere la dimostrazione dell'apprendimento ottenuto durante il triennio ed essere coerente con i contenuti trasmessi. Spesso le tesi non sono progetti di ricerca e molte non possono essere definite neanche rapporti "scientifici". La tesi dovrebbe essere la conclusione di un percorso e non il primo approccio alla ricerca.

Cosa si debba chiedere, mediamente, allo studente, è uno degli aspetti importanti che dipende anche, fortemente, dalle competenze disponibili all'interno del corso di laurea. E' preferibile un buon piano di assistenza o un "brutto" progetto di ricerca? E quali requisiti devono avere i prodotti finali del percorso formativo? Senza necessariamente arrivare a stendere delle regole rigide, su questi aspetti sarebbe utile un confronto, soprattutto per le professioni sanitarie o i gruppi poco abituati, per storia o tradizione, a produrre ricerche. Per definire, in linea di massima, i requisiti di un lavoro di tesi accettabile: ad esempio se è accettabile una revisione della letteratura su come trattare in generale le lesioni da decubito, tema sul quale esistono già linee guida; o una rassegna prodotta solo a partire da libri di testo, o solo su articoli in italiano, quando sul tema esiste una nutrita letteratura in lingua anglosassone. O una tesi di ricerca dove non sia presentato il protocollo. Si deve, ovviamente tener conto anche delle capacità e dei limiti degli studenti, ma una maggiore chiarezza sui livelli minimi accettabili potrebbe essere utile. La capacità di sintesi e scrittura di un rapporto, di selezionare le informazioni rilevanti, di produrre un abstract è utile anche al di fuori della formazione alla ricerca. Le sedi formative (soprattutto quelle infermieristiche) allenano molto gli studenti alla stesura di piani di assistenza che sviluppano capacità progettuali ma non quelle di sintesi, logica e sistematica, né la capacità di consultare e citare correttamente la bibliografia.

Capacità di riconoscere le barriere che ostacolano l'applicazione nella pratica dei risultati della ricerca

È uno dei nodi più importanti per le professioni e sul quale si è scritto molto negli ultimi anni. Gli studenti vivono (anche male) la distanza tra quanto apprendono e quanto vedono o sono invitati a sperimentare. Aiutarli a riflettere, con strategie tutoriali, sui motivi che ostacolano la diffusione dei risultati di ricerca nella pratica potrebbe aiutarli a prepararsi meglio al futuro professionale che li vedrà molto impegnati a lavorare su queste barriere.

Oltre ai livelli da garantire nella formazione, rimangono aperti alcuni quesiti su cui sarebbe utile un confronto strutturato con altre professioni e corsi di laurea con una maggiore tradizione in questo campo, e che possono costituire temi di studio ed approfondimento di sottogruppi di lavoro.

Quando cominciare ad insegnare ricerca.

Al primo anno, quando gli studenti sono concentrati sull'apprendimento dei contenuti e la scoperta del "mondo della sanità" o al terzo anno, finalizzata magari alla stesura della tesi?

Non è facile motivare la curiosità in chi non ha ancora i contenuti. Né interessare ad un approccio speculativo. Peraltro, alcune capacità di base quali la lettura critica di un articolo dovrebbero essere acquisite sin dal primo anno. La difficoltà sta anche nelle attese degli studenti e nell'immagine che hanno del corso di laurea che stanno frequentando. Il concetto di "professionalizzante" è molto legato agli aspetti concreti del fare, pertanto un approccio critico e speculativo viene vissuto come alieno alle conoscenze da acquisire. Sperimentare e mettere a confronto metodi e strategie può dare elementi utili per la progettazione didattica di futuri corsi.

Alcune esperienze di insegnamento della ricerca e dell'EBN al secondo anno non hanno dato risultati positivi; gli studenti del terzo anno sono molto più interessati per le ricadute operative sulla tesi. Su tempi e modalità di insegnamento della ricerca sarebbe davvero utile raccogliere in maniera analitica quello che viene proposto, e mettere a confronto anche la percezione e la valutazione degli studenti.

Cosa si può insegnare in aula e cosa deve invece fare parte delle esperienze di tirocinio.

Uno dei luoghi comuni è che non si impara a fare ricerca (e non solo la ricerca) in aula ma vanno garantite esperienze sul campo. Non è

possibile far partecipare tutti gli studenti a progetti di ricerca. E' però possibile abituarli ad osservazioni strutturate durante il tirocinio, ad esempio sulla frequenza dei problemi incontrati dai pazienti (complicanze, anche lievi, postoperatorie; frequenza di uso di alcuni farmaci, per tipologia di paziente o problema) e discuterli in aula per mettere a confronto metodi di rilevazione e risultati, oltre che utilizzare i contenuti emersi per l'insegnamento.

Va chiarito anche il ruolo dei laboratori in questo tipo di apprendimento e, ancora una volta, messe a confronto le esperienze in corso.

Come formare chi insegna, in modo tale da garantire uniformità di metodo e di approccio ai problemi, e fare in modo che anche i docenti non solo utilizzino correttamente i lavori di ricerca, le prove di efficacia, ma stimolino gli studenti a vedere gli aspetti incerti, le aree grigie dell'assistenza.

Dove queste competenze non sono ancora consolidate, un corso di formazione per i tutor clinici sulla lettura di un articolo o sui requisiti che deve avere un lavoro di tesi, servirebbe ad uniformare approcci e forse, anche, la qualità dell'insegnamento, e ridurre la percezione di grossa dicotomia tra teoria e pratica.

La capacità da stimolare nei tutor è la riflessione critica sulla coniugazione di clinica e ricerca e sulle domande da porsi per valutare quanto e come applicare i risultati di una ricerca o di una metanalisi al caso clinico-paziente che si sta assistendo.

Insegnare solo ad utilizzare ricerca o a produrre conoscenze originali.

Questa è una delle sfide più importanti del nuovo ciclo di studi. Infatti la nuova formazione dovrebbe caratterizzarsi anche per la costituzione di laboratori di ricerca, per produrre nuove conoscenze per l'assistenza, testare nuove ipotesi, modelli di lavoro. Si parla con insistenza della necessità che la medicina-assistenza adotti come regola di comportamento quello di agire solo sulla base di "prove di efficacia": cioè di risultati prodotti e confermati con una metodologia scientifica appropriata, di tipo clinico sperimentale o metodologico. Il fatto che la EBM sia vista come qualcosa di nuovo indica che nella realtà le cose non sono state così: molte delle pratiche in cui si articola l'attività medica (diagnostica, terapeutica, assistenziale) sono un misto di conoscenza empirica, di tradizioni, di scientificità. La novità della EBM, e di quello che viene parallelamente indicato come *Evidence Based Nursing* (EBN), sta nel riconoscere formalmente il bisogno di passare dai

principi alla pratica: di ri-vedere cioè la medicina, ed il *nursing*, come aree da sottoporre sistematicamente ad una verifica rigorosa.

In questo passaggio sono possibili due atteggiamenti:

- quello di attendere che via via nei diversi settori si producano evidenze cui ubbidire;
- quello di partecipare in modo attivo alla produzione delle prove di efficacia, che diventano in questo modo qualcosa di molto più condiviso e praticabile: non si obbedisce solo a regole, ma si diventa protagonisti del processo di cambiamento culturale ed operativo.

Una partecipazione allargata a questo passaggio della medicina e del *nursing* è la condizione indispensabile per assicurare nel più breve tempo possibile una massa critica di professionisti che permetta di vedere la trasformazione concreta delle pratiche di tutti i giorni.

Gli strumenti, i criteri, i metodi di partecipazione non possono in questo senso essere limitati, o pre-definiti in modo rigido. Riflettere e fare proposte su come cominciare, con le risorse esistenti (reti di collaborazione tra corsi di studio, investimento in alcuni settori o aree per evitare la dispersione di temi e approcci che si può osservare analizzando le tesi prodotte, costituzione di gruppi di ricerca) a produrre nuove conoscenze per l'assistenza è uno degli altri punti, importanti, di discussione.

Proposte di lavoro

- a. Confronto delle modalità di insegnamento della ricerca nei diversi corsi di laurea delle professioni sanitarie.
- b. Analisi delle ricerche "infermieristiche" e non solo, prodotte nei-dai corsi di laurea.
- c. Valutazione delle opinioni-gradimento degli studenti.
- d. Valutazione dei bisogni formativi dei docenti e dei tutor.

Paola Di Giulio coordina il Gruppo di studio sulla *Formazione alla ricerca nei corsi di laurea delle professioni sanitarie* nell'ambito della Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie. Coloro che fossero interessati a partecipare o desiderano inviare contributi possono utilizzare il seguente indirizzo paola.digiulio@unito.it

VECCIA



Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

Presidente, Luigi Frati

Dip.to di Medicina Sperimentale e Patologia - Università *La Sapienza*

Viale Regina Elena, 324 - 00161 Roma

Segreteria Tel. 06 4457097 - Fax 06 49970856 - E-mail: luigi.frati@uniroma1.it

Segretario, Eugenio Gaudio

Dip.to di Anatomia Umana - Università *La Sapienza*

Via A. Borelli, 50 - 00161 Roma

Segreteria Tel. 06 49918062 - Istituto 06 49918060/2 - Fax 06 44918062-4452349 - E-mail eugenio.gaudio@uniroma1.it

Presidi

Tullio Manzoni (Ancona), Salvatore Barbuti (Bari), Maria Paola Landini (Bologna), Luigi Caimi (Brescia), Gavino Faa (Cagliari), Agostino Serra (Catania), Francesco Saverio Costanzo (Catanzaro), Carmine Di Ilio (Chieti), Adolfo Sebastiani (Ferrara), Gian Franco Gensini (Firenze), Luigi Ambrosi (Foggia), Giacomo Deferrari (Genova), Ferdinando Di Orio (L'Aquila), Francesco Tomasello (Messina), Guido Coggi (Milano), Giuseppe Scotti (Milano *San Raffaele*), Giuseppe Torelli (Modena), Lodovico Frattola (Milano - *Bicocca*), Francesco Rossi (Napoli - *II Università*), Armido Rubino (Napoli - *Federico II*), Guido Monga (Novara), Antonio Tiengo (Padova), Adelfio Elio Cardinale (Palermo), Almerico Novarini (Parma), Cesare Meloni (Pavia), Adolfo Puxeddu (Perugia), Luigi Murri (Pisa), Luigi Frati (Roma - *La Sapienza*), Aldo Vecchione (Roma - *La Sapienza*), Renato Lauro (Roma - *II Università Tor Vergata*), Pasquale Marano (Roma - *Cattolica*), Ferdinando Dianzani (Roma - *Campus Biomedico*), Giulio Rosati (Sassari), Lucio Andreassi (Siena), Giuseppe Piccoli (Torino), Aldo Leggeri (Trieste), Franco Quadrifoglio (Udine), Paolo Cherubino (Varese), Francesco Osculati (Verona)

Conferenza Permanente dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia

Presidente, Giovanni Danieli

Istituto di Clinica Medica Generale, Ematologia ed Immunologia Clinica

Polo Didattico Scientifico (*Segreteria*, Signora Daniela Pianosi)

Via Tronto 10 - 60020 Torrette di Ancona - Tel. 071 2206101, Fax 071 2206103, E-mail: istclinmedan@unian.it

Past Presidents, Claudio Marcello Caldarera, Luigi Frati, Luciano Vettore, Guido Coggi

Vice Presidenti, Alfred Tenore (*Vicario*), Paola Binetti, Pietro Gallo

Segretario, Amos Casti, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Plesso Biotecnologico Integrato, Via Volturmo 39 - 43100 Parma - Tel. 0521 903808 - 903801, fax 0521 903802, e-mail: mos.casti@unipr.it

Sito web: www.med.univpm.it/ConferenzaPermanente

Presidenti

Giovanni Danieli, *Coordinatore Generale della Commissione Didattica*, Saverio Cinti, *Coordinatore CLS Med. Chir.* (Ancona), Gilda Caruso (Bari), Luigi Bolondi (Bologna), Giuseppe Nardi (Brescia), Amedeo Columbano (Cagliari), Enrico Vasquez (Catania), Francesco Saverio Costanzo, *Presidente di Facoltà* (Catanzaro), Fabio Capani (Chieti), Gioacchino Mollica (Ferrara), Alessandro Mugelli (Firenze), Raffaele De Cesaris (Foggia), Giancarlo Torre (Genova), Massimo Casacchia (L'Aquila), Alfredo Arsenio Carducci (Messina), Massimo Malcovati (Milano), Gianfranco Ferla (Milano Vita-Salute S. Raffaele), Marzia Kienle (Milano-Bicocca), Aldo Tomasi (Modena), Guglielmo Borgia (Napoli - Università Federico II), Giovanni Delrio (Napoli - II Ateneo), Evangelista Sagnelli (Napoli-Caserta), Giorgio Bellomo, *Presidente Commissione Didattica* (Novara), Oreste Terranova (Padova), Antonino Bono (Palermo), Amos Casti (Parma), Maria Scapatucci (Pavia - I Facoltà), Pierfrancesco Marconi (Perugia), Brunello Ghelarducci (Pisa), Eugenio Gaudio (Roma La Sapienza, I Facoltà, Corso di Laurea A), Enrico De Antoni (Roma La Sapienza, I Facoltà, Corso di Laurea B), Pietro Gallo (Roma La Sapienza, I Facoltà, Corso di Laurea C), Andrea Lenzi (Roma La Sapienza, I Facoltà, Corso di Laurea D), Marella Maroder (Roma La Sapienza, I Facoltà, Corso di Laurea e Polo Pontino, sede di Latina), Giuseppe Familiari (Roma - La Sapienza II Facoltà), Andrea Modesti (Roma - Tor Vergata), Paola Binetti (Roma - Campus Bio-Medico), Gian Battista Azzena (Roma - Cattolica), Giuseppe Delitala (Sassari), Roberto Pagani (Siena), Franco Cavallo (Torino), Giuseppe Saglio (Torino II Facoltà), Roberto Pozzi Mucelli (Trieste), Alfred Tenore, *Presidente Commissione Didattica* (Udine), Francesco Pasquali (Varese-Insubria), Alessandro Lechi (Verona)

Conferenza Permanente dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea Specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Presidente, Elettra De Stefano Dorigo

Clinica Odontoiatrica e Stomatologica, Via Stuparich 34100 Trieste - e-mail: e.dorigo@fmc.units.it

Tel. e Fax 040 662744

Vice Presidenti, Cesare Brusotti, Antonio Pittau

Segretario, Ugo Consolo

Presidenti

Maurizio Procaccini (Ancona), Gianfranco Favia (Bari), Gianni Montanari (Bologna), PierLuigi Sapelli (Brescia), Antonio Pittau (Cagliari), Mario Caltabiano (Catania), Francesco Saverio Costanzo (Catanzaro), Adriano Piattelli (Chieti), Giorgio Calura (Ferrara), Romano Grandini (Firenze), Giorgio Blasi (Genova), Claudia Maggiore (L'Aquila), Giuseppe Pio Anastasi (Messina), Roberto Weinstein (Milano), Marco Baldoni (Milano - Bicocca), Ugo Consolo (Modena), Roberto Martina (Napoli - Federico II), Fernando Gombos (Napoli 2), Giuseppe Rausa (Padova), Matteo D'Angelo (Palermo), Mauro Bonanini (Parma), Cesare Brusotti (Pavia), Giuseppe Arienti (Perugia), Mario Gabriele (Pisa), Carlo Miani (Roma Cattolica), Giovanni Dolci (Roma La Sapienza), Leonardo Calabrese (Roma, Tor Vergata), Francesco Tanda (Sassari), Giulio Preti (Torino), Elettra De Stefano Dorigo (Trieste), Giorgio Nidoli (Varese), Giacomo Cavalleri (Verona)

Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie

Presidente, Luigi Frati

Vice Presidenti, Luisa Saiani, *Vicario* (Verona, *Infermieristica*), Silvia Bielli (Siena, *Riabilitazione*), Franco Ascolese (Napoli, *Tecniche diagnostiche*), Flavia Febbraro (Perugia, *Tecniche assistenziali*), Antonio Boccia, (Roma, *Prevenzione*)

Segretario Generale, Giovanni Danieli (Ancona)

Segretario Aggiunto, Angelo Mastrillo (Bologna)

Consiglieri, Vincenzo Rapisarda (Catania), Piero Tanganelli (Siena), Nicola Surico (Novara), Ausilia Pulimeno (Roma)

Giunta della Conferenza

Antonio Pagano, Milano, Valerio Dimonte, Torino (*Infermieristica*) - Giampietro Feltrin, Padova, Franco Ascolese, Napoli (*Tecniche di Radiologia Medica*) - Piero Tanganelli, Siena, Andrea Pennesi, Siena (*Tecniche di Laboratorio Biomedico*) - Roberto Rigardetto, Torino, Donatella Valente, Roma (*Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva*) - Rita Roncone, L'Aquila, Donatella Ussorio, L'Aquila (*Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica*) - Antonio Fiaschi, Verona, Vincenzo Avallone, Napoli (*Fisioterapia*) - Vincenzo Consoli, Pisa, Daniele Palla, Pisa (*Podologia*) - Mariano Giacchi, Siena, Antonella Bellugi, Siena (*Assistenza Sanitaria*) - Riccardo Giorgino, Bari, Flavia Febbraro, Perugia (*Dietistica*) - Nicola Surico, Novara, Anna Maria Di Paolo, Perugia (*Ostetricia*) - Antonio Boccia, Roma, Ausilia Pulimeno, Roma (*Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro*) - Accornero Neri, Roma, Angelo Mastrillo, Bologna (*Tecniche di Neurofisiopatologia*) - Emilio Campos, Bologna, Rosanna Sesia, Torino (*Ortottica ed Assistenza Oftalmologica*) - Paolo Zecchi, Roma, Fabiana Rossi, Milano (*Tecniche della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare*) - Giorgio Nidoli, Velate (VA), Anna Maria Genovesi, Genova (*Igiene dentale*), Ettore Cassandro, Catanzaro, Elisabetta Coggio, Pavia (*Tecniche Audiometriche*) - Edoardo Arslan, Padova, Fabrizio Ottaviani, Roma (*Tecniche Audioprotesiche*) - Alberto Cocchi, Roma, Maria Pia Massimiani, Cesano Roma (*Terapia Occupazionale*) - Vieri Galli, Napoli, Anna Pierro Ariccia Roma (*Logopedia*) - Antonella Delle Fave, Milano, Massimo Cardini (*Educazione Professionale*) - Maurizio Monteleone, Roma, Gennaro Verni, Roma (*Tecniche Ortopediche*)