



MEDICINA E CHIRURGIA

Journal of Italian Medical Education

Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà e delle Scuole di Medicina

fondati da Luigi Frati e Giovanni Danieli

Sommario

- 3897 Editoriale, *Editorial*, *Andrea Lenzi*
- 3898 L'elaborazione del Voto di Laurea nel CLM in Medicina e Chirurgia e il processo continuo di revisione della CPPCLMM&C
Linda Vignozzi et Al.
- 3906 Quale Metodo di Valutazione, per Quale Obiettivo Formativo: La Scelta degli Idonei Strumenti di Valutazione per gli Obiettivi Formativi del CLM in Medicina e Chirurgia
Alfred Tenore
- 3918 Incidenti Critici nella Valutazione degli Studenti: una sintesi del Laboratorio Pedagogico, riunione della Conferenza dei Presidenti Medicina e Chirurgia di Brescia, 28 -10-2022
Fabrizio Consorti et Al.
- 3922 L'insegnamento delle Medical Humanities: risultati di uno studio sui Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia in Italia
Lia Lombardi et Al.
- 3927 Laudatio temporis acti o back to the future? Suggestioni per una formazione unitaria del medico.
Giovanni Villone

segue in quarta di copertina

Carissime Lettrici, Carissimi Lettori,

Scrivo questo Editoriale con grande soddisfazione rivedendo così, come il grande Giovanni Danieli aveva pensato, lo spirito più vero di questi Quaderni delle Conferenze Permanenti, oggi Journal of Italian Medical Education.

Innanzitutto, da questo numero i Quaderni ospiteranno anche una sezione dedicata all'Orientamento in ingresso, con il coinvolgimento dei Docenti delle Scuole Secondarie Superiori.

Questa era una cosa dovuta da tempo, in quanto proprio lo spirito collaborativo delle Conferenze e delle Scuole Secondarie Superiori, amplificatesi negli ultimi anni, ha portato a due successi straordinari: il finanziamento da parte del MUR di due progetti presentati, nell'ambito dei "Piani per l'Orientamento e il Tutorato", dalla Conferenza della Professioni Sanitarie (a pag. 3970) e dalle Conferenze congiunte dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia e dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria (a pag. 3968)

Inoltre, è proprio l'animo pedagogico che permea tutto questo numero, con articoli dedicati alla valutazione, con il report del workshop "sugli Incidenti Critici nella Valutazione degli Studenti" a cura della Commissione di Innovazione Pedagogica della CPPCLMM&C coordinata da Fabrizio Consorti (a pag. 3918) e con l'articolo di Alfred Tenore sugli "Strumenti idonei di Valutazione per gli Obiettivi Formativi del CLM in Medicina e Chirurgia" (a pag. 3906).

Giovanni Villone impreziosisce il numero con un articolo sulla formazione unitaria del medico (a pag. 3927), mentre Lia Lombardi riporta i risultati di un interessante studio sull'insegnamento delle Medical Humanities nei Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia in Italia (a pag. 3922).

Alvisa Palese, Presidente della Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie, ci ricorda le basi storiche della Conferenza e traccia gli impegni prioritari del triennio 2022-24 (a pag. 3935). Angelo Mastrillo, come ogni anno, ci riporta le sue analisi peculiari e interessantissime sui dati sull'accesso ai corsi ad accesso programmato nell'A.A. 2022-23 (a pag. 3946).

Infine, il Gruppo di Lavoro della Commissione Nazionale Corso di Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico riporta, in questo numero, i dati di una Indagine Nazionale sui Piani di Studio dei Corsi di Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico (a pag. 3957).



Concludo questo mio breve editoriale sottolineando e ricordando a noi tutti la "grande intuizione" nel creare le Conferenze Permanenti. Esse rappresentano la casa virtuale e virtuosa dei Docenti dell'area della salute, che lavorano insieme e coesi nell'eliminare ogni tipo di differenza o discriminazione, per incrementare nello stesso modo gli strumenti pedagogici, migliorare la qualità dei discenti e dei docenti, cercando di promuovere e ispirare l'eccellenza, la collaborazione e la ricerca in tutto il percorso formativo delle professioni della salute.

Obiettivo attuale è anche quello di garantire ai nostri ragazzi una valutazione "di merito", come è anche evidenziato nell'articolo del Direttivo della Conferenza, sulla elaborazione del Voto di Laurea nel CLM in Medicina e Chirurgia, un processo continuo di revisione e di condivisione (a pag. 3898).

Buona Lettura!

Andrea Lenzi

*Editor in Chief of JIME
(Journal of Italian Medical Education)*

L'elaborazione del Voto di Laurea nel CLM in Medicina e Chirurgia e il processo continuo di revisione della CPPCLMM&C

The Processing of the Graduation Grade in the CLM in Medicine and the continuous review process of the CPPCLMM&C

Linda Vignozzi^a, Giuseppe Familiari^b, Amos Casti^c, Stefania Basili^b e Bruno Moncharmont^d

^aUniversità degli Studi di Firenze, ^bSapienza Università di Roma, ^cUniversità di Parma, ^dLUM-Libera Università Mediterranea Giuseppe De Gennaro

Riassunto

Una survey nazionale, proposta recentemente dalla CPPCLMM&C, sui parametri che concorrono alla definizione del voto dell'esame di laurea nel CLM in Medicina e Chirurgia (CLMM&C) aveva non solo la finalità di censire le modalità di attribuzione del voto di laurea nelle diverse sedi italiane nel rispetto dei parametri suggeriti dalla CPPCLMM&C nel 2008 e nel 2015, ma anche quella di tracciare eventuali strategie elaborate dai CLMM&C per superare la criticità determinata dal calcolo del voto di laurea in assenza della possibilità di attribuire la premialità che allora fu stabilita per il Progress Test (PT), oggi non più svolto a livello nazionale. Il PT era stato introdotto 17 anni fa dalla CPPCLMM&C come strumento longitudinale utile ai fini del monitoraggio dell'acquisizione di conoscenze e

competenze da parte degli studenti. Il PT si era poi evoluto nel tempo sotto forma di training test (TT) che potesse allenare lo studente ad affrontare l'esame di stato e, successivamente, in test sulle competenze validato da ANVUR nel progetto TECO-M. La survey inoltre ha generato informazioni e dati importanti ai fini del monitoraggio da parte della CPPCLMM&C delle modalità di attribuzione del voto di laurea in modo da poter mantenere uniformità ed equità a livello nazionale nella valutazione dell'impegno dello studente nel proprio percorso formativo. La discussione di questi dati nelle riunioni della CPPCLMM&C che si sono tenute a Salerno e a Roma ha infine portato all'approvazione della mozione nazionale, riportata in appendice al presente articolo.

Abstract

A national survey, recently proposed by the CPPCLMM&C, on the parameters that contribute to the definition of the graduation exam grade in the CLM in Medicine and Surgery (CLMM&C), had not only the purpose of surveying how the graduation grade was awarded in the different Italian medical schools in compliance with the parameters suggested by the CPPCLMM&C in 2008 and 2015 but also to trace possible strategies elaborated by the CLMM&C to overcome the missing opportunity of attributing the bonus for the Progress Test (PT), now no longer organized at the national level. The PT was introduced 17 years ago by the CPPCLMM&C as a valuable longitudinal tool for monitoring students' acquisi-

tion of knowledge and skills. The PT evolved into a training test (TT) that could train the student for the state exam and, later, into a skills test validated by ANVUR in the project (TECO-M). The survey also generates essential information and data for monitoring the criteria used by different medical schools on attributing the graduation grade to guarantee nationwide uniformity and fairness in assessing a student's engagement in their education. The discussion of these data at the CPPCLMM&C meetings held in Salerno and Rome eventually led to the approval of the national proposal, shown in the appendix to this article.

Parole Chiave

voto di laurea, progress test, parametri oggettivabili

Key Words

graduation mark, progress test, objective parameters

Introduzione

Su criteri e modalità di attribuzione del voto di laurea la Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia (CPPCLMM&C) aveva approvato una prima raccomandazione nel 2008. Tale raccomandazione traeva origine dalle indicazioni di un Gruppo di Lavoro, coordinato dai Professori Alfred Tenore ed Eugenio Gaudio, che era stato attivato per definire una proposta di utilizzo di criteri uniformi a livello nazionale per la definizione del voto dell'esame di laurea in Medicina e Chirurgia, da parte delle singole Commissioni di laurea istituite in ogni CLM. La raccomandazione prevedeva che, alla media espressa in centodecimi, fosse aggiunto un massimo di 14 punti, di cui 7 per la valutazione della tesi e 7 per gli altri punteggi aggiuntivi. La commissione di Laurea, inoltre, con parere unanime, avrebbe potuto attribuire la lode ai candidati che avessero

conseguito un punteggio finale uguale o superiore a 113.

Allo scopo di ottimizzare ulteriormente i criteri inerenti alla formulazione del voto di Laurea in Medicina e Chirurgia in Italia, nel 2015, la CPPCLMM&C aveva istituito una nuova Commissione, con il compito di elaborare una proposta che consentisse ancor meglio di uniformare i criteri di calcolo del voto di laurea tra le sedi italiane, lasciando alle stesse un margine di autonomia per l'adattamento alla situazione di contesto. La proposta di calcolo del voto di laurea elaborata dalla Commissione fu presentata e discussa dalla Conferenza durante la 120ma riunione, che collegialmente approvò anche una mozione, affinché questi nuovi criteri venissero adottati entro la sessione di luglio 2016 da parte di tutti i Corsi di Studio (CdS) (Figura n. 1).



CONFERENZA PERMANENTE DEI PRESIDENTI DI CONSIGLIO DI CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA

Presidente: Andrea Lenzi

30 novembre 2015

MOZIONE SU CALCOLO VOTO DI LAUREA

Considerata l'esigenza di uniformare il meccanismo di calcolo del voto di laurea in tutte le sedi anche in conseguenza della valenza che tale votazione ha assunto nel calcolo del punteggio per l'ammissione alle Scuole di specializzazione;

- valutato che la proposta approvata all'unanimità dalla CPPCLMM&C nel maggio 2008 non è stata adottata uniformemente e che di conseguenza i criteri di valutazione ed i meccanismi di calcolo, nelle varie sedi dei CdS, non sono sovrapponibili;
- considerato che in data 30 novembre 2015 la CPPCLMM&C ha ridiscusso tali criteri e meccanismi;
- delibera, all'unanimità, che entro la sessione di luglio 2016, tutti i CdS adottino il sistema già sperimentato ed approvato dalla CPPCLMM&C, semplificato secondo le modalità riportate nella tabella seguente:

Al voto di laurea, espresso in centodecimi, contribuiscono i seguenti punteggi:

a) base: calcolata sulla media aritmetica semplice di massimo 36 valutazioni di profitto [tutte le valutazioni in 30mi degli esami, escluse le idoneità]. Il risultato si moltiplica per 110 e si divide per 30	fino a 110 punti
b) valutazione dell'elaborato della tesi e dello svolgimento della prova finale (valutazione della tipologia della tesi e della qualità della ricerca, qualità della presentazione, padronanza dell'argomento ed abilità nella discussione)	fino a 7 punti
c) premialità su parametri oggettivi a scelta della sede (tempestività della laurea in rapporto al percorso formativo, numero di lodi conseguite, partecipazione a programmi di scambi internazionali, partecipazione al Progress Test, ecc.)	fino a 7 punti

Il voto complessivo, determinato dalla somma dei punteggi previsti dalle voci "a + b + c", è arrotondato, solamente dopo la somma finale, per eccesso o per difetto al numero intero più vicino. Ai candidati che abbiano conseguito un punteggio finale superiore o uguale a 113 può essere attribuita la lode con parere unanime della commissione.

Il Presidente

Presidente: Prof. Andrea Lenzi
tel 06.4469663 - fax 06.49970717
email: andrea.lenzi@uniroma1.it

Vice Presidente Vicario: Prof.ssa Stefania Basili

Presidente Onorario: Prof. Luigi Frati
Past President: Prof. Giovanni Danieli

Segretario: Prof. Amos Casti
tel 0521.033808 email: amos.casti@unipr.it

Figura 1. Mozione della CPPCLMM&C del 2015 sul "Calcolo del voto di Laurea"

I criteri fondamentali della proposta, poi approvati dalla CPPCLMM&C, presero in considerazione:

a) l'utilizzo di un numero stabilito di esami (max 36, relativi ad attività didattiche di discipline di base, caratterizzanti o affini) nel calcolo, tramite media aritmetica semplice, del pun-

teggio derivato dalle valutazioni delle verifiche di profitto;

b) la valutazione della prova finale, in termini di qualità, tipologia e presentazione dell'elaborato, secondo criteri e modalità scelti dalla sede, fino ad un massimo categorico di 7 punti;

c) l'ampia libertà per la sede di scegliere i criteri di attribuzione delle premialità relative alla carriera dello studente, ma fino ad un massimo categorico di 7 punti;

d) l'uniformità del criterio di determinazione della soglia minima per l'attribuzione della lode e della necessità del parere unanime della commissione.

L'adozione delle suddette modalità di attribuzione del voto di laurea da parte di tutte le sedi aveva la finalità ultima di cercare di ottenere una valutazione equa dell'impegno dello studente nel proprio percorso formativo, tenendo conto delle opportunità e delle difficoltà caratteristiche di ciascuna sede (Moncharmont, 2016). Nel novero delle premialità a scelta della sede, era stata inserita a mero esempio anche la partecipazione al progress test nazionale (PT). Questo importante metodo di valutazione era stato introdotto 17 anni fa di corsi di laurea magistrale in Medicina e chirurgia italiani come strumento longitudinale utile ai fini del monitoraggio dell'acquisizione di conoscenze e competenze da parte degli studenti (Tenore et al., 2015; 2017; 2018). Più recentemente, nel 2018, la CPPCLM&C aveva elaborato una modifica del PT in modo da renderlo una prova molto simile a quella (dell'allora vigente) esame di stato, ossia una sorta di training test (TT) che potesse allenare lo studente ad affrontare l'esame di stato. Il TT aveva caratteristiche formali che lo avvicinavano all'esame di stato poiché era composto da domande inerenti agli argomenti riguardanti le conoscenze di base nella prospettiva della loro successiva applicazione professionale e da domande riguardanti la capacità di applicare le conoscenze biomediche e cliniche alla pratica medica e nel risolvere una serie di problemi clinici. Il TT, utilizzato di fatto dai corsi italiani una sola volta, avrebbe acquisito nel tempo un'importanza rilevante non solo ai fini della valutazione longitudinale della capacità dello studente di acquisire e ritenere le conoscenze riguardo agli obiettivi del curriculum formativo globale e non del singolo corso integrato, ma anche per l'autovalutazione del CdS (Recchia et al., 2019). Si riteneva che il TT potesse essere implementato come prova per l'Esame di Stato nazionale per l'abilitazione all'esercizio della professione, quando l'art. 102 del D.L. 17 marzo 2020, no. 18 aboliva il test con domande a scelta multipla come parte dell'Esame di Stato abilitante alla professione di medico chirurgo.

Per la sua grande valenza formativa, la CPPCLM&C aveva nel tempo riconosciuto al PT/TT la rilevanza non solo come strumento di monitoraggio interno del CdS, ma anche di

training per gli studenti. Pertanto, al fine di stimolare gli studenti alla partecipazione attiva al PT/TT, quasi tutti i CdS avevano associato delle premialità al PT/TT, utili alla fine del calcolo del voto di Laurea.

Più recentemente, l'Agenzia Nazionale di Valutazione del sistema Universitario e della Ricerca (ANVUR) aveva avviato un progetto TECO (TEst sulle Competenze) per la realizzazione e somministrazione di test in grado di rilevare le competenze trasversali (TECO-T: Literacy, Numeracy 1, Problem Solving 2, Civics) e disciplinari (TECO-D) acquisite dagli studenti durante la carriera universitaria, promuovendo di fatto una definizione condivisa dei contenuti disciplinari. In modo similare a ciò che avveniva con i risultati del PT, anche i risultati del test TECO avrebbero dovuto stimolare una autovalutazione da parte dei singoli CdS (Recchia e Moncharmont, 2019; Recchia et al., 2019). In questo contesto fu addirittura promossa la validazione da parte di ANVUR del PT/TT per valutarne l'utilizzo come TECO-D disciplinare per medicina (TECO-M). Per tale motivo il PT somministrato nel 2018, composto da 200 item a scelta multipla, con 5 alternative di risposta, fu utilizzato per effettuare una validazione del test utile ai fini della sua applicazione come TECO-M. L'analisi si basò sui dati complessivi di 9.928 studenti, iscritti dal primo al sesto anno di un corso di Medicina e Chirurgia (LM-41, confermando come il PT/TT avesse un impianto solido e in grado di rilevare e valutare effettivamente i livelli di conoscenze e competenze acquisiti dagli studenti al termine del percorso di studi in Medicina e Chirurgia. L'analisi fece emergere con chiarezza anche come il PT/TT-TECO-M potesse essere considerato uno strumento di assoluto valore per l'autovalutazione interna dei CdS e il miglioramento della qualità dei processi formativi (Bacocco et al., 2020; Consorti, 2021; Moncharmont et al., 2021).

La trasformazione del PT/TT in TECO-M ha reso impossibile agli studenti l'acquisizione delle premialità per il calcolo del voto di Laurea derivate dalla partecipazione al test, anche in relazione al fatto che tale test era stato eseguito una sola volta e non da tutti gli Studenti iscritti nei corsi di medicina e chirurgia italiani. Per cercare di risolvere tale criticità in maniera uniforme sul territorio italiano, la CPPCLM&C ha deciso di condurre una nuova survey tra i Presidenti dei CLM italiani, allo scopo di raccogliere informazioni circa l'attuale modalità di calcolo del voto di laurea nelle varie sedi italiane in seguito alla sospensione della organizzazione del PT e del TT.

Materiali e Metodi

Il Direttivo della CPPCLM&C organizzava un'indagine conoscitiva, utilizzando una survey (Tabella 1) che veniva inviata a tutti i Presidenti

di CdS con preghiera di compilazione entro il 30 novembre 2022.

Domande	Possibili risposte
Il corso di laurea prevede in apposito regolamento criteri per il calcolo del voto di laurea?	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No
I criteri per il calcolo del voto di laurea sono in linea con quanto definito nella mozione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia del 30 novembre 2015?	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No
Quali premialità su parametri oggettivabili sono state scelte dalla Tua Sede tra quelle indicate?	<ul style="list-style-type: none"> ● tempestività della laurea in rapporto al percorso formativo ● numero di lodi conseguite ● partecipazione a programmi di scambio internazionali ● partecipazione al Progress Test/TECO ● Altro.....
Se è stato considerato il progress test (o TECO) tra le premialità, questa era attribuita per la sola partecipazione alla prova o era correlata alla performance nel test?	<ul style="list-style-type: none"> ● Partecipazione ● Risultato conseguito ● Non applicabile
Sono state previste, ad oggi, altre premialità per compensare l'impossibilità per il laureando, di ottenere la premialità relativa alla partecipazione al ProgressTest/TECO?	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No ● Non applicabile

Tabella 1. Domande somministrate ai Presidenti dei CdS nel Sondaggio "Calcolo del voto di laurea 2022"

Alla survey rispondevano 51 Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, erogati sia in lingua italiana che in lingua inglese, distribuiti su tutto il

territorio nazionale, come riportato nella Tabella n. 2.

Area geografica	lingua del Corso		
	Inglese	Italiano	Totale
Nord-ovest	2	8	10
non pubblica		1	1
pubblica	2	7	9
Nord-est	2	8	10
pubblica	2	8	10
Centro	4	14	18
non pubblica		3	3
pubblica	4	11	15
Sud	2	7	9
pubblica	2	7	9
Isole	1	3	4
pubblica	1	3	4
Totale	11	38	51

Tabella 2. CLM partecipanti alla survey, con riferimento alla lingua di erogazione e alla sede geografica dei corsi partecipanti.

I CLM in medicina e chirurgia erano attivi in 37 Atenei pubblici e privati: Università Campus bio-medico, Università cattolica del Sacro Cuore, Università degli Studi del Molise, Università degli studi del Piemonte Orientale, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Università degli Studi di "G.d'Annunzio" di Chieti e Pescara, Università degli Studi di Bologna, Università degli Studi di Brescia, Università degli Studi di Catania, Università degli Studi di Ferrara, Università degli Studi di Firenze, Università degli Studi di Foggia, Università degli Studi di Genova, Università degli Studi di L'Aquila, Università degli Studi di Messina, Università degli Studi di Milano, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Università degli

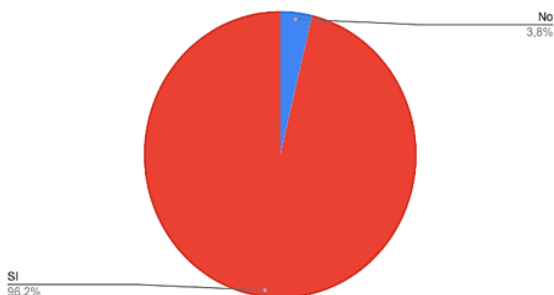
Studi di Napoli "Federico II", Università degli Studi di Padova, Università degli Studi di Palermo, Università degli Studi di Parma, Università degli Studi di Perugia, Università degli Studi di Pisa, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Università degli Studi di Salerno, Università degli Studi di Siena, Università degli Studi di Torino, Università degli Studi di Trento, Università degli Studi di Trieste, Università degli Studi di Udine, Università degli Studi di Verona, Università Magna Graecia di Catanzaro, Università Politecnica delle Marche, Università Vita Salute San Raffaele Milano, Saint Camillus International University of Health and Medical Sciences.

Risultati

IL 96.2% dei CdS che hanno risposto alla survey, ha dichiarato che i criteri per il calcolo del voto di laurea sono normati da apposito regolamento

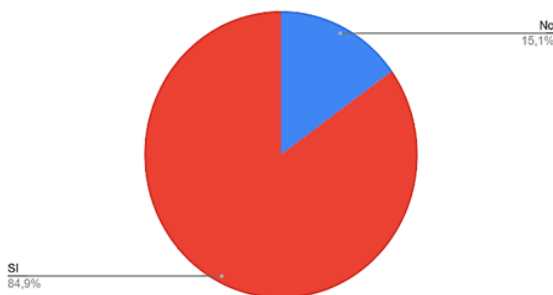
lamento (Figura 2 a), il quale nell'84.9 % dei casi risulta essere in linea con quanto stabilito dalla mozione della CPPCLMM&C (Figura 2 b).

Il corso di laurea prevede in apposito regolamento criteri per il calcolo del voto di laurea?



A

I criteri per il calcolo del voto di laurea sono in linea con la mozione della CPPCLMM&C del 30 novembre 2015?



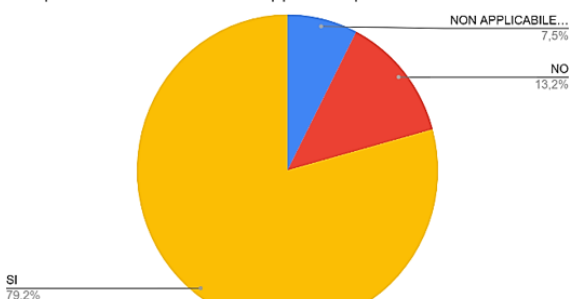
B

Figura 2. A: Risposte riguardanti la presenza di un regolamento interno per il calcolo del voto di laurea (SI: 96,2%; NO: 3,8%); **B:** Risposte riguardanti l'adesione alla Mozione della CPPCLMM&C del 30-11-2015 (SI: 84,9%; NO: 15,1%).

Tra le premialità indicate nella survey della CPPCLMM&C, sono state utilizzate sia la tempestività della laurea, in circa il 79% dei CdS (Figura 3a); il numero di lodi conseguite nell'89.4 % dei CdS (Figura 3b); la partecipazione a programmi di scambio internazionale

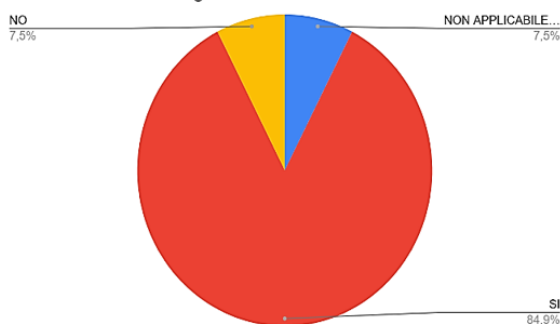
nel 79.2% dei CdS (Figura 3c). Al contrario, la percentuale di CdS che ha dichiarato di utilizzare la premialità derivata dal PT/TT è risultata inferiore ai precedenti parametri, raggiungendo il valore del 49.1% dei CdS che hanno risposto alla survey (Figura 3d).

Tempestività della laurea in rapporto al percorso formativo



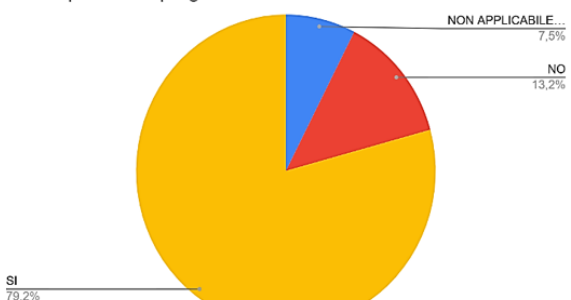
A

Numero di lodi conseguite



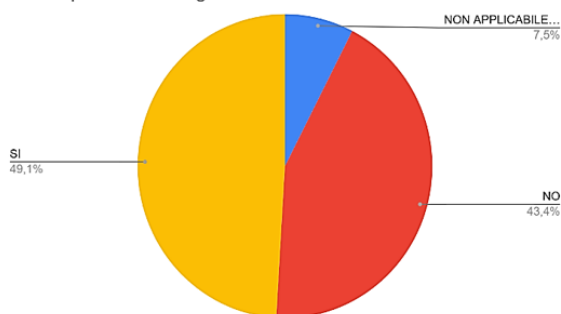
B

Partecipazione a programmi di scambio internazionali



C

Partecipazione al Progress Test/TECO



D

Figura 3. A: Risposte riguardanti la tempestività della laurea (SI:79,2%; NO:13,2%; Non Applicabile: 7,5%); **B:** Risposte sul numero di lodi (SI:84,9%; NO:7,5%; Non Applicabile: 7,5%); **C:** Risposte su scambi internazionali (SI: 79,2%; NO: 13,2%; Non Applicabile: 7,5%); **D:** Risposte su progress test/TECO (SI: 49,1%; NO: 43,4%; Non Applicabile: 7,5%).

Il 47,2% dei CdS ha dichiarato di utilizzare anche altre forme di premialità oggettivabili per il calcolo del voto di Laurea, non elencati tra quel-

li della mozione della Conferenza del 30 novembre 2015 (Figura 4).

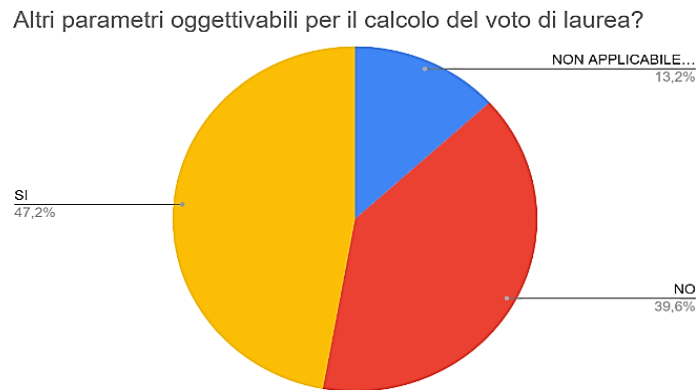


Figura 4. Percentuali di CdS che ha dichiarato di utilizzare altri parametri oggettivabili e non elencati tra quelli della mozione della Conferenza del 30 Novembre 2015 (SI: 47,2%; NO: 39,6%; Non applicabile: 13,2%).

Questi criteri, riportati nella tabella 3, mettono in evidenza che ben 6 CdS hanno valorizzato i tirocini/internati elettivi, 5 CdS hanno invece utilizzato in qualche forma le attività didattiche elettive (ADE), 4 CdS le attività di volontariato sanitario, 3 CdS hanno considerato attività di volontariato sociale/public engagement, 3 CdS i percorsi di eccellenza, 3 le pubblicazioni scien-

tifiche, 3 gli incarichi di rappresentanza, 2 le attività di ricerca, 2 i test che hanno valutato le conoscenze in house. Si evidenziano anche singoli CdS che hanno valorizzato l'esame di tirocinio, l'attività sportiva, la tesi elaborata in lingua inglese e la frequenza di corsi extracurricolari.

Numero di sedi che le hanno indicate	Attività considerate ai fini dell'elaborazione del voto di laurea
6	tirocini/ internati elettivi
5	ADE
3	percorsi di eccellenza
3	pubblicazioni scientifiche
3	incarichi di rappresentanza
3	attività di volontariato sanitario
2	attività di ricerca
2	attività di volontariato sociale
2	test conoscenze <i>in house</i>
1	esame di tirocinio
1	attività sportiva
1	tesi in inglese
1	frequenza a corsi extracurricolari

Tabella 3. Parametri oggettivabili utilizzati dalle sedi e con presenti nella mozione della Conferenza del 30 Novembre 2015. Nella tabella, il numero delle sedi che li hanno indicati.

Discussione

Il Decreto Direttoriale MUR relativo all'accesso alle Scuole di Specializzazione (DD 645 del 15-5-2023), prevede, anche quest'anno, come negli anni precedenti, la partecipazione ad un test nazionale costituito da 140 domande con risposte a scelta multipla, al quale si aggiungono l'attribuzione di un massimo di 2 punti per il voto di laurea (da 105 a 110 e lode), un massimo di 3 punti per la media complessiva dei voti

ottenuti (da 27/30 a 30/30) e l'attribuzione di 0,5 punti per la tipologia sperimentale della tesi. Sulla base di questa semplice evidenza, sembra ovvia la necessità che, almeno sulla formulazione del voto di laurea, vi siano criteri uniformi, nel territorio, che portino all'attribuzione del voto di laurea.

Nell'evidenza ulteriore che il PT era presente come parametro oggettivabile nel calcolo del vo-

to di laurea nei Corsi di medicina e chirurgia italiani e che questo parametro non potesse ulteriormente essere utilizzato, risultava di fondamentale importanza la survey proposta dalla CPPCLMM&C ed analizzata nel presente studio. La survey aveva pertanto la finalità non solo di censire eventuali strategie elaborate dai CLM per superare la criticità determinata dal calcolo del voto di laurea in assenza della possibilità di attribuire la premialità stabilita per il PT/TT, ma anche di proporre e sottolineare l'importanza del mantenere una uniformità nella modalità di attribuzione del voto di laurea e una equità nella valutazione dell'impegno dello studente nel proprio percorso formativo.

Emerge in modo chiaro come, attualmente, nella maggior parte delle sedi, sia stata normata la modalità di elaborazione del voto di laurea utilizzando i parametri oggettivamente indicati nella mozione del 2015 della CPPCLMM&C. Tale regolamentazione soffre però ancora di una non completa uniformità nella scelta dei parametri utilizzati e nel peso a loro attribuito all'interno del calcolo del voto di laurea. Tale disomogeneità si è senz'altro enfatizzata successivamente all'impossibilità di attribuire il punteggio derivato dalla valorizzazione del PT/TT-TECO-M. Si è assistito di fatto alla elaborazione di strategie di utilizzare parametri per compensare la carenza della premialità del PT/TT-TECO-M. L'analisi dei parametri scelti dai CdS evidenzia però la tendenza a sceglierne di oggettivamente,

indicando la necessità di effettuare una attribuzione più equa possibile nel calcolo del voto di laurea. La CPPCLMM&C ribadisce l'importanza di mantenere una uniformità tra le sedi nella modalità di attribuzione del voto di laurea e riflettere sulla necessità di utilizzare (ad es. per sostituire il punteggio PT/TT-TECO-M) la valutazione dell'attività professionalizzante al fine di valorizzare l'acquisizione delle competenze nel CLM, ancora più indicato vista la recente adozione della "laurea abilitante", o su altri parametri caratterizzanti i profili formativi delle singole sedi, come i progetti "minor", i "percorsi di eccellenza" o altre attività, come riferito dai CLM all'interno della survey.

Come stabilito nella mozione, qui di seguito pubblicata, che aggiorna quella del 2015 e che è stata approvata dalla CPPCLMM&C dopo un ampio dibattito svoltosi sia durante la riunione di Salerno che nell'ultima che si è svolta in modalità a distanza, è stato ribadito il concetto che ogni sede possa personalizzare i criteri riguardanti la premialità su parametri, sia in funzione di finalità formative caratterizzanti per il CdS, che sulla base di opzioni/opportunità accessibili a tutti gli studenti, nel limite dei 7 punti da aggiungere alla media in 110mi di TUTTI gli esami di profitto sostenuti, a tutto vantaggio dell'equità del calcolo su basi condivise a livello nazionale; è rimasto confermato il limite dei 7 punti per la valutazione della preparazione e presentazione della tesi.

Bibliografia

Bacocco B., Delli Zotti F., Infurna M.R., Pozzi A., Sabella M., Rumiati R. Medicina alla prova. La validazione del Progress Test a cura dell'ANVUR, in *Med Chir* 85, 3788-3796, 2020. DOI: 10.4487/medchir2020-85-6

Consorti F. Genesi e sviluppo del Test sulle Competenze (TECO) dell'ANVUR: applicazione ai Corsi di Laurea in Medicina. *Med Chir* 86: 3818-3822, 2021.

Moncharmont B. La valutazione dell'esame di laurea: la necessità di una standardizzazione. *Med Chir* 70: 3170-3172, 2016. DOI: 10.4487/medchir2016-70-2

Moncharmont B., Consorti F., Familiari G., Gallo P., Krengli M., Randi M.L., Strepparava M.G., Vignozzi L., Sabella M., Infurna M.R., Basili S. Il Test sulle Competenze (TECO) dell'ANVUR: prima applicazione ai corsi di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia. *Med Chir* 86: 3823-3825, 2021.

Recchia L., Moncharmont B., Dal Progress Test al Training Test: analisi dei risultati finali 2018, *Med*

Chir 82, 3650-3654, 2019. DOI: 10.4487/medchir2019-82-2

Recchia L., Moncharmont B., Gallo P., Dal Progress Test al Training Test: una prima elaborazione dei dati, *Med Chir* 81: 3594-3600, 2019. DOI: 10.4487/medchir2018-81-1

Tenore A., Basili S., Lenzi A. Il Progress Test 2016. *Journal of Italian Medical Education* 75: 3386-3390, 2017.

Tenore A., Basili S., Lenzi A. Il Progress Test dal Novembre 2006 al Novembre 2014. *Journal of Italian Medical Education* 68: 3089-3093, 2015.

Tenore A., Basili S., Sansone A., Lenzi A. Il Progress Test 2017. *Journal of Italian Medical Education* 79: 3530-3533, 2018.

Decreto Direttoriale MUR n. 645 del 15 maggio 2023: <https://www.mur.gov.it/sites/default/files/2023-05/Decreto%20Direttoriale%20n.%20645%20del%2015-05-2023.pdf>

APPENDICE

CONFERENZA PERMANENTE DEI PRESIDENTI DI CONSIGLIO DI CORSO DI LAUREA
MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA

Presidente Stefania Basili

Roma, 7 luglio 2023

MOZIONE SUL CALCOLO DEL VOTO DI LAUREA

La Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, nella seduta del 7 luglio 2023, svolta in modalità a distanza con l'uso di google-meet;

- Considerata l'esigenza a dover uniformare il meccanismo di calcolo del voto di laurea in tutte le sedi in ragione della valenza che tale votazione ha nel calcolo del punteggio per l'ammissione alle scuole di specializzazione medica;
- Valutato che la mozione su tale argomento, approvata all'unanimità dalla CPPCLMM&C il 30 novembre 2015, non è stata adottata uniformemente in tutte le sedi e che, di conseguenza, i criteri di valutazione ed i meccanismi di calcolo nelle varie sedi non sono ad oggi sovrapponibili;
- Valutato che una delle opzioni portate ad esempio di criteri oggettivabili inerenti alla premialità a scelta della sede, era la partecipazione al Progress test nazionale (PT), che ad oggi non viene più erogato;
- Considerato che la Conferenza ha condotto una ricognizione sui criteri e meccanismi adottati dalle sedi, discutendone collegialmente i risultati nella riunione della Conferenza del 6 maggio 2023, in cui è emerso chiaramente che esiste ancora una minoranza di CdS che non ha adottato il sistema approvato dalla CPPCLMM&C e che, pertanto, esiste ad oggi una variabilità nella scelta dei parametri utilizzati e nel peso a loro attribuito all'interno del calcolo del voto di laurea;
- Considerato che l'impossibilità di attribuire il punteggio derivato dalla valorizzazione del PT/TT-TECO-D, ha indotto alcune sedi a definire ulteriori diversi criteri premiali rispetto a quelli indicati nella mozione approvata il 30 novembre 2015;
- Considerato che in alcune sedi, per la valutazione della carriera del candidato, non sono utilizzati tutti gli esiti delle valutazioni di profitto conseguite dal candidato nel percorso formativo, conferendo di fatto un vantaggio ai laureati della sede, nelle occasioni in cui il voto di laurea condiziona il posizionamento in una graduatoria di concorso post-laurea;
- Considerato che l'ANVUR ha ribadito nelle linee guida per l'accreditamento periodico delle sedi e dei corsi di studi Universitari (AVA3; Ambito D.CDS.1.4.3) che le modalità di svolgimento della prova finale debbano essere chiaramente definite e illustrate agli studenti;

La Conferenza, all'unanimità, formula l'auspicio che, dall'anno accademico 2023-2024, tutti i CdS adottino il sistema di computo già deliberato dalla CPPCLMMC, il 30 novembre 2015, aggiornato come sotto riportato nella Tabella indicativa, integrandolo nei relativi Regolamenti didattici del CdS:

Tabella indicativa per il calcolo del voto di laurea nei CLM in Medicina e Chirurgia

Al calcolo del voto di laurea, espresso in centodecimi, contribuiscono, in modo indicativo, i seguenti punteggi, nel rispetto delle procedure stabilite dai singoli Atenei:

a) base: calcolata sulla media aritmetica semplice di tutte le valutazioni di profitto previste nel piano di studi (tutte le valutazioni in 30mi degli esami, escluse le idoneità. Il risultato si moltiplica per 110 e si divide per 30)	Fino a 110 punti
b) Valutazione dell'elaborato della tesi e dello svolgimento della prova finale (valutazione della tipologia della tesi e della qualità della ricerca, qualità della presentazione, padronanza dell'argomento ed abilità nella discussione)	Fino a 7 punti
c) Premialità su parametri oggettivabili autonomamente scelti dalla sede sia in funzione di finalità formative caratterizzanti per il CdS, che sulla base di opzioni/opportunità accessibili a tutti gli studenti.	Fino a 7 punti

Il voto complessivo, determinato dalla somma dei punteggi previsti dalle voci «a+b+c», è arrotondato, solamente dopo la somma finale, per eccesso o per difetto al numero intero più vicino.

Ai candidati che abbiano conseguito un punteggio finale superiore o uguale a 113 può essere attribuita la lode con parere unanime della commissione dell'esame di laurea.

La Presidente

Prof.ssa Stefania Basili

Quale Metodo di Valutazione, per Quale Obiettivo Formativo: La Scelta degli Idonei Strumenti di Valutazione per gli Obiettivi Formativi del CLM in Medicina e Chirurgia

What Method of Assessment, for What Educational Objective: The Choice of Eligible Assessment Tools for the CLM in Medicine Educational Objectives

Alfred Tenore

Università di Udine, Department of Medical Education California University of Science and Medicine San Bernardino, California, USA

Riassunto

Lo scopo di questo articolo è quello di voler fornire una guida nella selezione di metodi di valutazione appropriati per le conoscenze e le abilità necessarie agli studenti dei corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia, per essere medici qualificati. L'articolo approfondisce punti importanti come il duplice significato della parola "valutazione", la distinzione tra "obiettivi di apprendimento" e "risultati di apprendimento attesi", i vari metodi di verifiche validate, attualmente in uso e, naturalmente, l'identificazione delle competenze con le relative abilità essenziali che possono e devono essere valutate. In questo contesto, l'articolo spiega perché gli esami sono

importanti, quali sono le caratteristiche essenziali e gli aspetti multidimensionali da considerare nella loro preparazione e somministrazione, le due categorie di esami tipicamente utilizzate (formativo e sommativo), e soprattutto come preparare gli esami considerando il principio didattico del cosiddetto "Allineamento Costruttivo". Con l'intenzione di non rendere tutto teorico ma di fornire una dimensione pratica, l'articolo illustra i metodi che l'ACGME suggerisce, al fine di testare e successivamente valutare ciascuna delle varie componenti delle competenze presentate.

Abstract

This article aims to guide the selection of appropriate assessment methods for the competencies (knowledge and skills) medical school students need to become qualified physicians. The article touches upon essential points such as the multiple meanings of the word "evaluation," the distinction between "learning objectives" and "learning outcomes," the various validated assessment methods currently in use, and of course, the identification of the actual competencies with their related essential skills that can, and must be assessed. In this context, the article explains why exams are important, what

essential characteristics and multidimensional aspects should be considered in the preparation and administration of exams, the two categories of exams typically used (formative and summative), and above all, how to prepare exams by considering the teaching principle of "Constructive Alignment."

In an effort not to make everything theoretical but to provide a practical dimension, the article illustrates the methods that the ACGME suggests to test and evaluate the various components of the presented competencies.

Parole Chiave

Esami, Valutazione, Competenze, Risultati di apprendimento, Allineamento Costruttivo

Key Words

Assessment, Evaluation, Competences, Learning outcomes, Constructive Alignment

Introduzione e Definizione dei termini

La scelta degli strumenti appropriati è fondamentale per produrre prove d'esame utili, credibili e rigorose, nell'ambito delle valutazioni. Tuttavia, prima di provare a rispondere alla domanda posta dal titolo del lavoro, è necessario definire e comprendere chiaramente i due

termini/concetti che sono indicati nel titolo stesso: "Valutazione" e "Obiettivi Formativi". In italiano, la parola "valutazione" indica due concetti diversi ma sicuramente correlati. Il primo significato di questo termine ha a che fare con il processo di raccolta di informazioni sul grado di

apprendimento che ha avuto luogo; questo significato, in termini pratici, si riferisce ad una "verifica," cioè alla somministrazione di un esame e, in inglese, verrebbe tradotto con la parola "assessment". L'altro significato italiano del termine "valutazione" si riferisce invece al processo del prendere una decisione sul grado di apprendimento avvenuto, sulla base delle informazioni raccolte, ovvero il risultato dell'esame. Questo termine in inglese è simile alla vera e propria "valutazione" cioè si traduce in "evaluation."

È importante comprendere come la prima definizione che abbiamo dato alla parola "valutazione" ("assessment") abbia un ruolo centrale in un curriculum medico, perché essa verifica il processo di apprendimento misurando i risultati e i progressi degli studenti rispetto a quelli che dovrebbero essere i risultati da raggiungere in un

Risultati di apprendimento attesi

I "risultati di apprendimento attesi" ("Learning outcomes" - LO) appartengono a tre componenti di un corso di studi in Medicina e chirurgia. Il primo proviene dai singoli corsi integrati ("risultati di apprendimento attesi del corso" - CLO) che compongono il corso di laurea. Il secondo proviene dall'intero corso di studio o dalla Facoltà ("risultati di apprendimento attesi del Programma curriculare" - PLO), ed il terzo, che esiste in molte Istituzioni straniere, proviene anche dall'Ateneo ("risultati di apprendimento attesi dell'Istituto o Ateneo" - ILO). I "CLO" sono

Competenze

L'insieme dei risultati di apprendimento attesi dei vari corsi che compongono il curriculum universitario in medicina portano all'acquisizione delle "competenze" necessarie richieste al laureato del Corso di Studi/Facoltà ed Ateneo (i.e. PLO e ILO). Queste competenze possono essere genericamente distinte in 3 categorie identificate dai termini "Sapere," "Saper fare" e "Saper essere", che in Italia entrarono in uso comune negli anni '80 con l'introduzione della "nuova tabella XVIII". Nel mondo anglosassone, questi stessi concetti sono indicati con l'espressione "*triangle of knowledge, skills and attitudes*." Tuttavia, va chiarito che questi 3 termini o categorie di competenze, non appartengono a nessuna istituzione o paese in particolare, perché derivano dagli studi di Benjamin Bloom negli anni '50, quando inizialmente descrisse tre diversi domini di apprendimento: (a) quello cognitivo (relativo alla conoscenza); (b) quello "psicomotorio" (relativo al fare); e (c) quello "affettivo" (relativo ad atteggiamenti/sentimenti) (Bloom, 1956). Si potrebbe plausibilmente dire che tutte le competenze che oggi sono state individuate e vengono utilizzate, trovano le loro radici in quegli studi iniziali di Bloom, così come nei suoi studi successivi, dove queste categorie sono state ulteriormente sviluppate con l'individuazione di ulteriori sottodomini e sotto-variabili (Bloom, 1971).

intero programma curriculare di medicina e chirurgia.

L'altro termine che dobbiamo definire è quello di "obiettivo formativo". In questo caso, la parola "obiettivo" esprime l'intenzione generale dell'insegnamento, indicando quello che gli studenti dovrebbero apprendere, cioè "obiettivo di apprendimento". Sfortunatamente, espone una persona a ciò che dovrebbe apprendere non garantisce che queste cose siano state apprese. Pertanto, oggi dovremmo parlare in termini di "esiti dell'apprendimento" (o "risultati di apprendimento attesi"), poiché questo termine descrive ciò che uno studente conosce, comprende e può fare perché è in grado di dimostrare queste competenze al termine di un processo di apprendimento. Queste rappresentano le reali competenze acquisite da uno studente perché sono misurabili.

dichiarazioni specifiche di ciò che lo studente sarà in grado di fare una volta completato, con successo, lo specifico corso in questione. I "PLO" sono invece dichiarazioni sulle conoscenze, abilità e attitudini che uno studente di medicina deve avere acquisito per laurearsi, mentre gli "ILO" sono dichiarazioni delle competenze generali (o trasversali) che tutti gli studenti dovrebbero essere in grado di dimostrare al momento del conseguimento della laurea, indipendentemente dal corso di studi seguito.

Prima di rivolgere la nostra attenzione al tipo di "valutazione" (nel senso di "assessment" o "verifica") da utilizzare, dobbiamo identificare quale sia l'oggetto della valutazione. Sapendo cosa dobbiamo valutare, possiamo decidere in modo più appropriato quali metodi di "assessment" debbano essere utilizzati, per giungere ad una corretta e giusta valutazione.

Numerose istituzioni educative internazionali hanno identificato, elaborato e reso disponibili le competenze che devono essere acquisite dai medici durante la loro formazione specialistica. Alcune di queste elaborazioni sono state adottate anche dalle scuole di medicina, come nel caso degli Stati Uniti, dove le 6 competenze sviluppate inizialmente dall'ACGME (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*) nel 1999 (ACGME, 1999) che definiscono le competenze fondamentali che ogni medico dovrebbe possedere, sono state adottate anche dall'AAMC (*Association of American Medical Colleges*) e dalla LCME (*Liaison Committee on Medical Education*) e sono quindi state progressivamente utilizzate in tutte le scuole di medicina degli Stati Uniti ed in altri Paesi.

La Figura 1 identifica le competenze da acquisire per laurearsi, creando una corrispondenza tra le tre categorie del "Sapere," "Saper fare" e "Saper essere," le sei competenze adottate dalla AAMC e quelle identificate dal gruppo di Studio

“Innovazione Pedagogica” della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia (CPPCLMM&C).

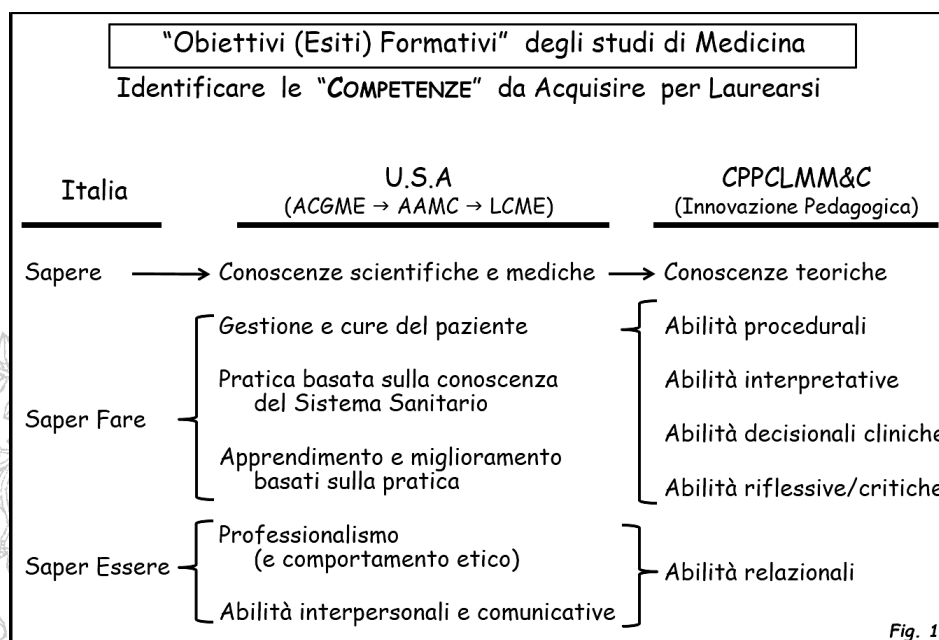


Figura 1: Gli “Obiettivi (Esiti) Formativi” degli studenti di medicina.

Sebbene io sia perfettamente d'accordo con i domini di apprendimento di Bloom (1971), non sono del tutto d'accordo con la sequenza tassonomica in cui essi vengono presentati per la formazione degli studenti di medicina di oggi. Infatti, la tassonomia del "sapere," del "saper fare" e del "saper essere" era certamente corretta quando l'educazione medica stava attraversando i molti, necessari cambiamenti avvenuti all'inizio del 1900, quando Abraham Flexner rivoluzionò il curriculum medico spostando l'enfasi principale dal "sapere" al "saper fare" (Flexner, 1910; Flexner 1912). Oggi, tuttavia, anche se le competenze fondamentali dell'essere medico non sono molto cambiate, la tecnologia, insieme ad altre problematiche sociali, stanno assumendo un ruolo sempre più pervasivo nel rapporto medico-paziente. L'alterazione del rapporto medico-paziente è oggi infatti molto sentita dai pazienti e sta diventando sempre più vitale, tanto da necessitare di un rimedio immediato. Per questi motivi, credo fermamente che la sequenza tassonomica dell'apprendimento tradizionale, che nel corso dell'ultimo secolo ci ha portato dove siamo oggi, debba essere leggermente modificata. Ovviamente il "sapere" mantiene ancora il suo ruolo primario, ma prima di imparare a "fare", lavorando con i pazienti, dovremmo concentrarci sull'imparare a come comportarci e comunicare correttamente con loro (il "saper essere"). L'apprendimento dell'importanza e dei fondamenti di come agire professionalmente ed eticamente dovrebbe precedere un effettivo contatto sanitario con i pazienti stessi. Sebbene questo dominio abbia svolto un ruolo sempre più importante nell'educazione medica negli ultimi decenni, non è

stato ancora inserito nella corretta cronologia di importanza, nel percorso educativo che consentirà agli studenti di medicina di diventare il tipo di medico di cui oggi si ha bisogno.

In quest'ottica, vorrei riassumere quelle che potrebbero essere considerate le competenze generali (obiettivi formativi o “*Program Learning Outcomes*”) che uno studente di medicina deve acquisire per diventare medico. Naturalmente, poiché queste competenze possono essere tutte misurate, si potranno, successivamente, identificare strumenti di valutazione appropriati per validare l'acquisizione di ciascuna di esse.

In cosa consistono le competenze fondamentali che devono essere valutate? Quello che segue è una presentazione composita e riassuntiva delle competenze che ci si aspetta che uno studente di medicina raggiunga alla fine del suo percorso formativo per diventare medico, facendo riferimento alle tradizionali categorie italiane (“**A-C**”) il cui ordine è stato opportunamente modificato, le competenze ACGME (“**①-⑥**”) che rientrano in tali categorie, e le relative competenze indicate dal Gruppo Innovazione Pedagogica della CPPLMM&C (“**■**”) (vedi anche Fig. 1).

A. “Sapere” –

① **Conoscenze scientifiche e mediche**

■ Conoscenze teoriche

- a) *Gli studenti devono dimostrare conoscenze consolidate e conoscenze in evoluzione delle scienze di base, cliniche, epidemiologiche e socio-comportamentali, nonché l'applicazione*

di queste conoscenze ai problemi clinici e alla cura del paziente.

B. "Saper Essere"

② **Abilità interpersonali e comunicative**

■ Abilità relazionali e sociali

- a) Gli studenti devono dimostrare capacità interpersonali e comunicative che si traducono in un efficace scambio di informazioni e collaborazione con colleghi, con professionisti sanitari alleati in formazione e formati, con pazienti e con le loro famiglie;
- b) Gli studenti devono dimostrare la capacità di lavorare efficacemente in un "team" interprofessionale in modo da ottimizzare una sicura ed efficace assistenza centrata sul paziente e sulla popolazione.

③ **Professionalismo e consapevolezza etica**

- a) Gli studenti devono dimostrare l'impegno a svolgere le responsabilità professionali e l'adesione ai principi etici e a dimostrare rispetto, altruismo, responsabilità e sensibilità nei confronti dei pazienti, delle loro famiglie e dei loro colleghi di lavoro;
- b) Gli studenti devono dimostrare sensibilità a problematiche culturali, di età, di genere e di disabilità.

C. "Saper Fare"

④ **Gestione/cure del paziente**

- a) Gli studenti devono essere in grado di fornire al paziente, un'assistenza completa che è compassionevole, appropriata, ed efficace per il trattamento dei problemi di salute e per la promozione della salute.
 - **Abilità procedurali, interpretative, decisionali e riflessive/critiche**
- b) Gli studenti devono dimostrare la capacità di lavorare in modo collaborativo per soddisfare le esigenze di salute dei pazienti e della società, dimostrare migliori risultati sanitari e ridurre le disparità di salute ("social accountability").

Perché sono importanti gli esami

La figura 2 illustra gli aspetti multidimensionali degli esami. In altre parole, quali siano le ragioni per sottoporre gli studenti agli esami. Anche se la letteratura internazionale indica che le ragioni siano molto numerose, per semplicità vorrei sottolineare solo tre aspetti principali legati all'importanza dell'esame: (a) quello di agire come stimolatore o motivatore per l'apprendimento; (b) quello di agire come mezzo per la valutazione dell'apprendimento ed infine (c) quello di consentire di prendere una decisione su cosa fare sulla base dei risultati ottenuti. Sempre nella figura 2, si evidenzia come in questo siano coinvolti sia lo studente che il docente.

Per lo studente, l'esame ha due finalità principali, quella di stimolarlo e auspicabilmente

⑤ **Pratica basata sulla conoscenza del Sistema Sanitario**

- a) Gli studenti devono dimostrare consapevolezza e reattività del sistema sanitario in cui lavorano, nonché la capacità di fare appello efficacemente ad altre risorse del sistema al fine di fornire un'assistenza sanitaria ottimale.

⑥ **Apprendimento e miglioramento basati sulla pratica** (apprendimento continuo)

- a) Gli studenti devono dimostrare la capacità di indagare e valutare la loro cura del paziente, valutare ed assimilare prove scientifiche, migliorare continuamente la cura del paziente, tutto, sulla base di una costante auto-valutazione ed un apprendimento continuo.
- b) Gli studenti devono dimostrare le qualità richieste per sostenere la crescita personale e professionale per tutta la vita.

La Tabella 1 in appendice indica, in maggiore dettaglio, le abilità essenziali richieste e che devono essere valutate nello studente, sotto ognuna delle (6) competenze principali (ACGME and ABMS, 2000).

Una volta identificate le competenze, dobbiamo poi rivolgere la nostra attenzione all'identificazione degli strumenti disponibili che possono essere utilizzati per l'assessment. Tuttavia, prima ancora di parlare degli strumenti stessi, è necessario chiarire altri due punti essenziali:

- a) quale sia l'importanza degli esami;
- b) quali siano le tipologie degli esami.

La valutazione riguarda la verifica dell'efficacia dell'insegnamento, delle strategie, metodi e tecniche didattiche, fornendo anche un feedback agli insegnanti sulle loro tecniche e/o strategie di insegnamento e agli studenti sul loro apprendimento.

motivarlo ad apprendere, e quella di valutare le sue capacità di apprendimento. Per non lasciare dubbi o interpretazioni errate sulla connotazione potenzialmente positiva della parola "motivazione", è necessario spiegare chiaramente il significato di tale termine in questo contesto. Psicologi e Pedagogisti distinguono tra motivazione "intrinseca" ed "estrinseca." Infatti, la motivazione all'apprendimento è un concetto generale complesso che è influenzato da una serie di fattori psicosociali esistenti all'interno dello studente ("motivazione intrinseca"), e fattori presenti nell'ambiente sociale e naturale dello studente ("motivazione estrinseca") (American Psychological Association, 1997).

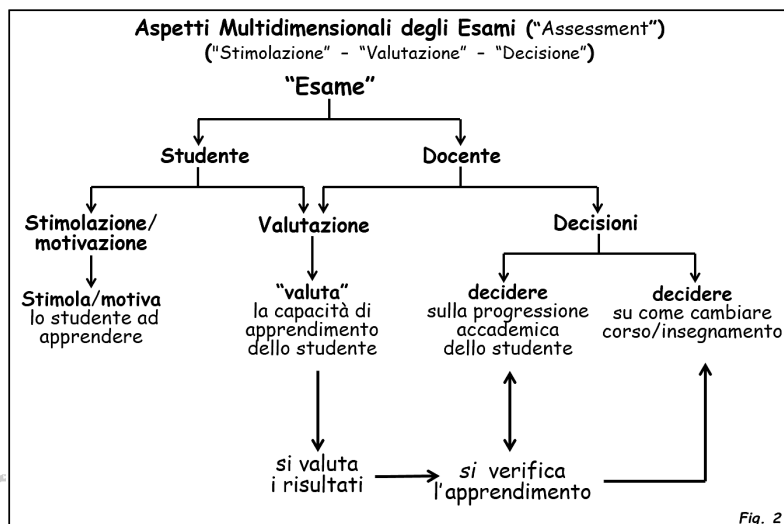


Figura 2: Gli aspetti multidimensionali degli esami

Gli studenti che sono "motivati dall'interno" trovano interesse e soddisfazione in ciò che apprendono e nel processo di apprendimento stesso. Essi riconoscono il proprio ruolo nell'apprendimento, se ne assumono la responsabilità e creano le basi per un apprendimento continuo. Al contrario, la "motivazione estrinseca" descrive il comportamento degli studenti che si impegnano nell'apprendimento come mezzo per un fine che ha poco a che fare con il contenuto di ciò che viene appreso. In questo caso, l'incentivo ad apprendere si trova in ricompense come voti, certificazioni, premi o nell'evitare le conseguenze del fallimento. Sfortunatamente, questo non solo significa che la tensione verso l'apprendimento possa interrompersi o diminuire in assenza di tali incentivi esterni, ma significa anche che ciò che viene appreso è strettamente legato al comportamento che viene ricompensato (Kohn, 1993). Esistono opinioni e prove considerevoli a suggerire che questi diversi tipi di motivazione siano associati a diverse strategie di apprendimento. Ad esempio, la "motivazione intrinseca" è associata a livelli di impegno che portano allo

Tipologie degli esami

Vengono comunemente descritte due tipologie di esami (verifiche), denominati "formativi" e "sommativi." È importante sottolineare come il tipo di esame ("formativo" o "sommativo") non sia in alcun modo correlato al tipo di strumento di "assessment" utilizzato. In altre parole, lo stesso strumento di "assessment," che indicheremo di

Metodi di assessment

In questa sezione tentiamo di approfondire l'argomento relativo a "quale metodo di valutazione (o 'assessment') dover utilizzare, focalizzando la nostra attenzione agli strumenti disponibili che ci permetteranno, come docenti, di valutare correttamente i nostri studenti.

Gli strumenti di valutazione ("assessment") disponibili sono numerosi e il numero in realtà è

sviluppo di capacità di comprensione concettuale e di pensiero di livello superiore (Kellaghan et al., 1996).

La seconda funzione dell'esame, che è comune sia allo studente che al docente, è quella della "valutazione." Per lo studente, infatti, queste informazioni sono importanti come *feed-back* del suo livello di apprendimento e rappresentano un mezzo per utilizzare queste informazioni come un indicatore di come dovrebbe condurre i propri studi, per colmare le lacune di apprendimento individuate. Per il docente, l'esame ha anche due finalità principali, quella valutativa e quella decisionale. Da un lato, il docente valuta la capacità di apprendimento dello studente, considerando i risultati dell'esame per decidere sulla progressione accademica dello studente stesso. Inoltre, dall'insieme dei risultati ottenuti dagli studenti, il docente può anche decidere come poter modificare il corso o l'insegnamento per poterlo rendere maggiormente impattante sull'apprendimento degli studenti.

seguito, può essere utilizzato sia per fornire un *feed-back* agli studenti, e quindi fungere da esame "formativo" (esame per l'apprendimento), così come per prendere una decisione finale, cioè fungere come esame "sommativo" ("esame dell'apprendimento").

limitato solo dalla fantasia di chi li elabora. Tuttavia, credo possa essere molto utile utilizzare 12 metodi che sono già stati validati psicometricamente e che sono attualmente in uso per esaminare e valutare, in modo appropriato, studenti e specializzandi di medicina, da parte della comunità accademica internazionale (Holmboe and Lobst, 2020). Di seguito è riportato l'elenco di

questi 12 strumenti insieme ad una brevissima descrizione (Per una descrizione più dettagliata si rimanda alla *ACGME Assessment Guidelines* (Holmboe and Lobst, 2020).

- 1) Strumento di valutazione a 360°
(Strumento di misurazione completato da più persone: superiori; colleghi; membri dell'equipe sanitaria allargata; pazienti; famiglie).
- 2) Valutazione della performance dal vivo o registrata con l'uso di una "checklist"
(“mini-Clinical Evaluation eXercise” - CEX)
- 3) Esame orale con richiamo stimolato dalla cartella clinica del paziente, (“Chart Stimulated Recall”)
(I casi dei pazienti dello studente vengono valutati in un esame orale standardizzato interrogando sull'assistenza fornita e indagando su: indagini; diagnosi; interpretazione dei risultati clinici; piani di trattamento).
- 4) Logbook: con indicazioni di procedure, casi clinici documentati, ecc.
- 5) Prova scritta
(Domande a risposta multipla o aperte - “Strutturate e Non-strutturate”).
- 6) Esame orale standardizzato
(Composto dalla creazione di domande relative alla materia in esame e che sono differenziate in diverse categorie di difficoltà e dalla creazione di una rubrica che si concentri su molteplici aspetti generali di cosa e come lo studente risponde.)
- 7) OSCE (“Objective Structured Clinical Examination”)
a) Composto da 12-20 “stazioni di incontro con i pazienti” (ideale 14-18);
b) I candidati si spostano da una stazione all'altra (per una durata totale di 30 min/stazione);
c) Ogni stazione dura da 10 a 15 minuti (Tra le stazioni i candidati completano le note del

Allineamento costruttivo (“constructive alignment”)

L'allineamento costruttivo, concetto introdotto da John Biggs (2003), vuole significare che un docente deve pensare a come esaminare uno studente mentre delinea i risultati di apprendimento che si attende dallo studente stesso, in modo tale che tali modalità possano essere incorporate nelle stesse attività di apprendimento, in preparazione dell'esame. Il processo di “allineamento costruttivo” inizia quindi con l'individuare i risultati che i docenti intendono che gli studenti raggiungano, allineando a tali risultati l'insegnamento, l'apprendimento e l'assessment. Il termine “costruttivo” della frase, si riferisce a ciò che viene fatto dallo studente. Conoscendo quali siano i risultati di apprendimento attesi, così come la profondità delle conoscenze richieste, gli studenti costruiscono il loro apprendimento attraverso l'uso di attività di apprendimento pertinenti. Mentre il termine “allineamento,” si riferisce a ciò che fa il docente, che è responsabile della creazione di un ambiente in cui le componenti del sistema di insegnamento (metodi didattici e prove di valutazione) siano

paziente o un breve esame scritto sull'incontro con il paziente: ~ 10-15 min);

- d) Gli strumenti di valutazione includono: pazienti standardizzati; interpretazione di dati clinici; esercizi utilizzando casi clinici; esercizi utilizzando scenari clinici; esercizi con manichini per valutare le capacità tecniche).
 - 8) Portfolio
(Una raccolta di attività eseguite dallo studente che fornisce prove di apprendimento e risultati relativi a un piano di apprendimento).
 - 9) Rassegna di pazienti
(Valutare il grado di soddisfazione di un paziente rispetto alle cure che riceve da chi viene valutato).
 - 10) Revisione delle cartelle cliniche
(Valutazione delle cartelle cliniche dei pazienti seguiti dallo studente al fine di determinare il grado di competenza clinica).
 - 11) Simulazioni e modelli
(Simulazioni utilizzate per la valutazione della performance clinica che assomigliano molto alla realtà e tentano di imitare [ma non duplicare] problemi clinici reali).
 - 12) Esame del paziente standardizzato (SPE)
(Uso di persone ben addestrate a simulare una condizione medica in modo standardizzato, oppure pazienti reali che sono addestrati a presentare la loro condizione in modo standardizzato).
- Dopo aver introdotto le basi essenziali sui metodi di valutazione e sugli esiti dell'apprendimento, è necessario doverli integrare, concentrandoci su come individuare i metodi corretti di valutazione da utilizzare per gli esiti dell'apprendimento o le competenze specifiche che gli studenti debbono raggiungere. Tuttavia, per affrontare questo tema davvero importante, dobbiamo approfondire il significato del cosiddetto “allineamento costruttivo” (“constructive alignment”).

coerenti e allineate alle attività di apprendimento e ai risultati attesi.

Tutti conoscono bene la famosa frase introdotta da Miller (1961): “assessment drives learning”. Questa frase implica che gli studenti struttureranno le loro attività di apprendimento in modo da ottimizzare le loro prestazioni, indipendentemente dal fatto che siano per motivazione intrinseca o estrinseca. Quindi, come docenti, dobbiamo assicurarci che l'esame che sosterranno rispecchi effettivamente l'apprendimento da noi desiderato, che gli studenti raggiungano. Essendo ottimizzatori strategici delle loro prestazioni agli esami, gli studenti lavoreranno effettivamente per raggiungere i risultati di apprendimento attesi.

Se, invece, indichiamo agli studenti gli obiettivi di apprendimento che noi prevediamo, e poi l'esame è su qualcos'altro, si sentiranno ingannati e diventeranno studenti cinici e strategici solo di conoscenze superficiali. “Allineamento” non è altro che una questione di onestà e correttezza, che stabilisce la fiducia richiesta dagli

studenti per essere sicuri di poter gestire il proprio apprendimento. La figura 3 riassume le fasi coinvolte nell' "allineamento costruttivo" come descritto da Biggs e Tang (2007). Voglio ancora sottolineare l'importanza del fatto che, allo scopo di abbinare il miglior metodo di valutazione ("assessment") per un particolare esito di apprendimento, sia molto utile utilizzare

le metodiche già validate e in uso in molte parti del mondo accademico. Da quanto già esposto, penso sia molto utile rappresentare queste informazioni, in un modo chiaro, utilizzando delle figure che riassumano chiaramente il miglior metodo di valutazione per l'abilità richiesta, sotto ciascuna delle competenze precedentemente indicate.

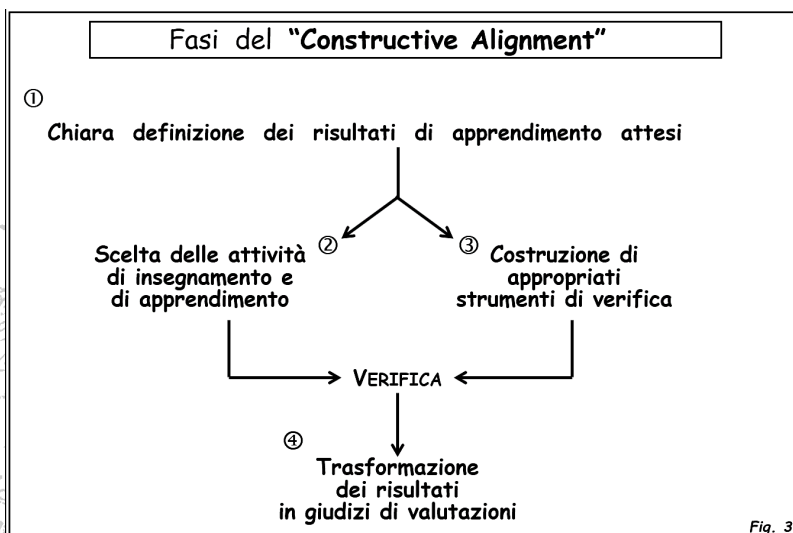


Figura 3: Le fasi del "constructive alignment"

Quale Metodo di Valutazione, per Quale Obiettivo Formativo

In questo paragrafo, darò delle indicazioni molto sintetiche su quali metodi di valutazione siano maggiormente appropriati, allo scopo di valutare le diverse competenze che ci aspettiamo debbano essere acquisite dai nostri studenti. Le figure 4 A, B, C descrivono le 6 competenze che abbiamo presentato in precedenza, insieme a quelle abilità ("skills") considerate essenziali, che lo studente deve aver raggiunto per ciascuna "competenza". Inoltre, per ciascuna di queste "competenze" la ACGME suggerisce una lista dei migliori metodi per valutarle (ACGME and ABMS, 2000).

A destra di ogni abilità, e sotto ogni specifico metodo di valutazione, può comparire il numero 1, 2 o 3. I numeri si riferiscono alla rilevanza di un particolare metodo per valutare al meglio l'abilità richiesta di ciascuna "competenza". Il numero "1", che appare sotto un particolare metodo, indica il metodo più desiderabile da usare per valutare, nel migliore modo possibile, l'abilità indicata. Il numero "2" indica il secondo miglior metodo e il numero "3" sarebbe considerato un metodo aggiuntivo che è potenzialmente applicabile, se necessario.

Competenza	Abilità richiesta	METODI DI VALUTAZIONE											
		360°	check-list (mini-CEX)	Chart Stim recall	Log book	Scritto (MGA)	Orale	OSCE	Portfolio	Patient survey	Record review	Simulaz e Modelli	Paziente Stand.
1) Conoscenze	Conoscenza e applicazione delle scienze di base	3	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2	-
	Pensiero investigativo e analitico	3	-	1	-	-	1	-	-	-	-	2	-
2) Abilità Intepers. e Communicative	Capacità di ascolto	2	3	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1
	Creazione di relazioni terapeutiche con i pazienti	2	3	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1
3) Profession ed Etica	Rispettoso, altruista	2	3	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
	Comportamento eticamente corretto	1	-	2	-	-	-	-	3	2	-	2	-
	Sensibile alle problematiche culturali, di età, genere, e disabilità	1	2	2	-	-	2	1	3	2	-	-	-

Fig. 4-A

Competenza	Abilità richiesta	360°	METODI DI VALUTAZIONE											
			check-list (mini-CEX)	Chart Stim recall	Log book	Scritto (MCQ)	Orale	OSCE	Portfolio	Patient survey	Record review	Simulaz e Modelli	Paziente Stand.	
4) Gestione/Cure del paziente	Comportam. premuroso e rispettoso	2	3	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
	Prendere decisioni informate	-	2	1	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-
	Sviluppare e realizzare piani di gestione del paziente	3	2	1	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-
	Consigliare ed educare pazienti e famiglie	2	3	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1
	Esecuzione di Procedure a) Esame obiettivo	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
	b) Procedure mediche	2	1	-	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-
	Servizi sanitari Preventivi	-	-	-	2	-	-	1	3	-	1	-	-	2
Lavora all'interno di una squadra	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Fig. 4-B

Competenza	Abilità richiesta	360°	METODI DI VALUTAZIONE										
			check-list (mini-CEX)	Chart Stim recall	Log book	Scritto (MCQ)	Orale	OSCE	Portfolio	Patient survey	Record review	Simulaz e Modelli	Paziente Stand.
5) Pratica basata su conosc. del Sist Sanit.	Praticare cure che sono cost-effective	2	1	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-
	Comprendere l'interazione delle proprie azioni con il sistema più ampio	1	-	-	-	-	2	3	-	-	-	-	
	Conoscenza della pratica medica e dei sistemi di erogazione	-	-	2	-	1	-	3	2	-	-	-	
	Sostenere la causa dei pazienti all'interno del sistema sanitario	1	3	-	-	-	2	2	1	-	-	-	
6) Apprend/Miglioram basati sulla pratica	Uso di prove da studi scientifici	-	-	1	-	1	1	2	1	-	1	-	3
	Applicazione di metodi di ricerca e statistici	-	3	2	-	3	-	-	1	-	-	-	-
	Uso della tecnologia dell'informazione	1	-	-	2	-	-	2	1	-	-	-	2
	Analizzare la propria pratica per apportare miglioramenti necessari	3	-	2	-	-	-	2	1	2	2	3	2
	Facilitare l'apprendimento degli altri	1	2	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-

Fig. 4-C

Figure 4 A, B, C: Vi sono descritte le 6 competenze, con le abilità richieste e i metodi di valutazione correlati (spiegazioni nel testo).

Le figure 4-A, B, e C consentono a chiunque di comprendere facilmente il metodo di "assessment" più appropriato da utilizzare per una competenza che si vuole valutare. Ad esempio, nella quarta competenza (cioè, "Gestione/Cure del Paziente"; figura 4-B), se si vuole valutare l'abilità di uno studente nel raccogliere un'anamnesi ("intervistare"), due valutazioni sembrano essere le modalità più appropriate da utilizzare:

- a) una "mini-CEX" (valutazione dell'esecuzione dal vivo o registrata, mediante una "check-list"),
- b) un esame obiettivo clinico strutturato ("OSCE").

Questa rappresentazione dei dati dell'ACGME rende in qualche modo più facile, per chiunque, la scelta del metodo di valutazione appropriato, per le specifiche abilità che devono essere valutate.

Vorrei concludere questa sezione, discutendo due altre figure. La prima (figura 5) utilizza la piramide (o triangolo) di "assessment" di Miller (lato sinistro) (Miller, 1990), in cui il comportamento osservabile è posto all'apice della gerarchia. Questo è stato interpretato come un'implicazione di una preferenza verso la tradizione comportamentista, in contrapposizione alle prospettive cognitive.

Sebbene la piramide di "assessment" di Miller rimanga un utile supporto per guidare programmi di formazione nella costruzione di sistemi di valutazione, ricordo che nulla è permanente e tutto è soggetto a modifiche. Infatti, utilizzando lo stesso argomento che ho introdotto in precedenza in riferimento all'ordine della tassonomia di Bloom, faccio riferimento al triangolo che si trova a destra di quello di Miller, sempre nella figura 5. A mio avviso, l'ampia base della piramide rappresenta il pilastro che tende a sostenere ciò che è posto al di sopra di essa. Le "basi cognitive" rappresentano infatti i fondamenti da cui tutto ciò che viene al di sopra dipende direttamente. Nella piramide di Miller questa base è raffigurata dal termine "knows," cioè "conosce." Una volta che lo studente ha acquisito le conoscenze di base (scientifiche), deve anche acquisire le conoscenze di come eseguire determinati skills (abilità), prima di poterle mostrare e successivamente applicarle indipendentemente (cioè senza l'aiuto di nessuno).

Tuttavia, la piramide di Miller manca di un aspetto importante che non è rappresentato, anche se potrebbe essere implicito, e cioè la conoscenza di come comportarsi e agire in un contesto clinico. Anche questa è una "conoscenza"

fondamentale che, in teoria, dovrebbe essere acquisita prima dei contatti iniziali dello studente

con i pazienti e, naturalmente, affinata mano mano che i contatti con i pazienti continuano.

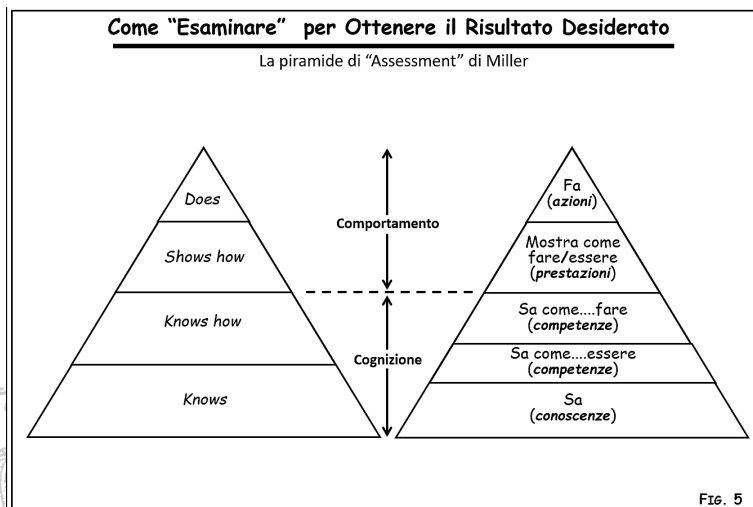


Figura 5: La piramide di "assessment" di Miller

In base al ragionamento precedente, la successiva figura 6 raffigura i vari scalini del triangolo, con, a sinistra le relative competenze, e a destra, gli strumenti di verifica più adatti. Nella figura 6, potrebbe sembrare che solo due tipi di esami, scritti e orali, soddisfino i requisiti dei corsi delle scienze di base. Tuttavia, in quelle istituzioni in

cui la medicina è ancora principalmente insegnata in corsi disciplinari, deve essere precisato come la valutazione degli studenti non debba limitarsi esclusivamente a censire l'acquisizione di conoscenze, ma debbano essere esaminate e valutate anche altre abilità e competenze, proprie delle scienze di base.

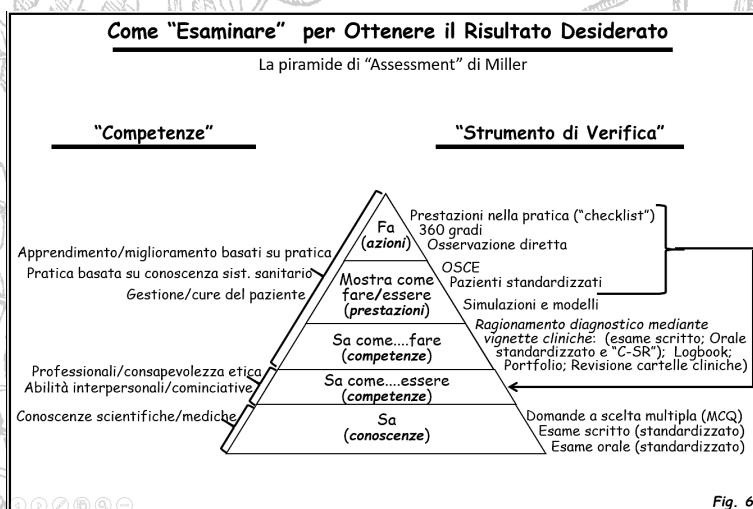


Figura 6: Gli strumenti di verifica e le competenze richieste in relazione alla piramide di Miller.

La tabella 2, in appendice al presente articolo, indica l'utilizzo di alcuni metodi di valutazione per una varietà di abilità essenziali da diverse categorie di competenze. Sebbene gli esami scritti ed orali possano essere utilizzati per valutare (alcuni più di altri) 15 delle 28 (53,6%) abilità essenziali (prova scritta= 12/28 [42%]; prova

orale= 15/28 [53.6%]), interessando in vario grado ciascuna delle 6 competenze, con le altre 3 modalità indicate nella tabella, possono essere valutate altre 3 diverse abilità (totale 18/28; 64.3%), oltre ad avere una conferma multidimensionale di alcune altre abilità valutate dalle prove scritte ed orale.

Caratteristiche e Aspetti Multidimensionali degli Esami (Metodi di Valutazione)

Affinché una valutazione sia considerata efficace, deve possedere qualità intrinseche ed estrinseche. Le componenti intrinseche sono costituite dalle seguenti quattro caratteristiche:

(a) "validità" (in quanto il metodo misura ciò che si intende misurare);

(b) "affidabilità" (con riferimento alla capacità del metodo di misurare in modo uniforme, ripetibile e affidabile, quando somministrato in momenti diversi ma nelle stesse condizioni);

(c) "completezza" (se l'esame copre una parte ampia o rappresentativa del programma educativo);

(d) "obiettività" (*l'esame non deve essere basato su criteri soggettivi, ma su criteri oggettivi poiché tali valutazioni rappresentano la chiave per misurare con precisione la padronanza della materia da parte degli studenti*).

Le componenti estrinseche si riferiscono invece alle seguenti tre caratteristiche:

(a) la "fattibilità" di poter svolgere l'esame sulla base delle risorse disponibili (studenti, docenti, strutture);

(b) avere un "effetto educativo", dovendo favorire anche un effetto di apprendimento sugli studenti;

(c) avere un "effetto catalizzante", dovendo spingere lo studente ad una riflessione finalizzata ad un miglioramento educativo complessivo (Norcini et al., 2010).

Per quanto riguarda la multidimensionalità degli esami, questo concetto è stato già introdotto

nella figura 2; tuttavia, l'approccio multidimensionale alla valutazione è realmente progettato per misurare lo sviluppo continuo e progressivo dello studente, piuttosto che al solo trasferimento di contenuti. Per ottenere queste informazioni, la valutazione finale (sommativa) deve essere un processo che non può fare riferimento all'interpretazione di una persona, piuttosto deve derivare dal coinvolgimento di molte persone provenienti da contesti diversi. La valutazione dello sviluppo dello studente è confermata e assicurata utilizzando diversi metodi di esami, condotti da persone diverse. La figura 7 riassume gli aspetti multidimensionali della valutazione, rispondendo a tre domande importanti che abbiamo tentato di trattare in questo articolo: (a) come si valuta, (b) cosa si valuta e (c) chi valuta.

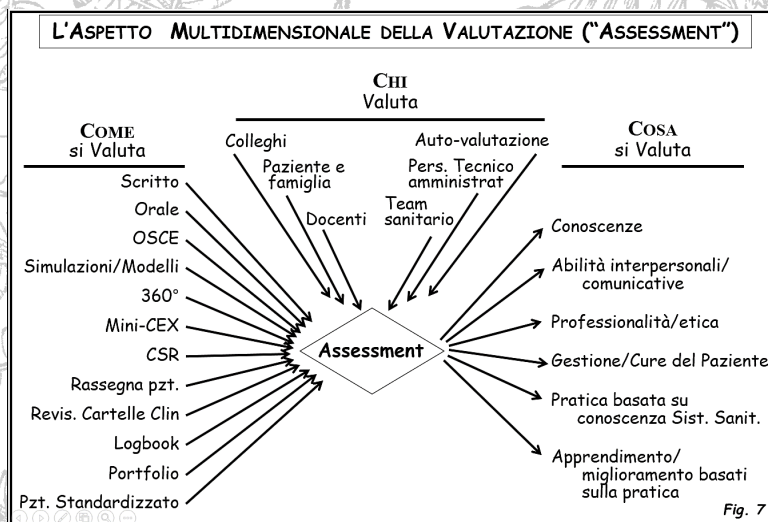


Figura 7: L'aspetto multidimensionale della valutazione ("assessment").

Conclusioni

L'intento di questo articolo era quello di introdurre e collegare due aspetti importanti dell'educazione medica: i metodi di valutazione attualmente disponibili e gli obiettivi primari di queste valutazioni. Nello sviluppo di questi elementi, abbiamo definito alcuni concetti in modo che tutti abbiano una chiara comprensione comune di ciò che viene trattato.

L'argomento riguardante la valutazione degli studenti di medicina e chirurgia è in continuo sviluppo ed evoluzione, in relazione alla sua indiscussa importanza nella formazione del medico (Epstein, 2007; Pangaro and Ten Cate, 2013; Schuwirth and van der Vleuten, 2020; Torre et al., 2020). Sulla base dell'esistenza di comprovati metodi di valutazione, possono essere sperimentati nuovi metodi di valutazione, a condizione che vengano seguiti determinati criteri per garantire che la procedura di valutazione si dimostri efficace ed appropriata per lo scopo specifico per il quale è destinata ad essere utilizzata. I metodi di valutazione, e in particolare lo sviluppo di nuovi metodi, devono possedere

caratteristiche specifiche suddivise in componenti intrinseche ("validità", "affidabilità", "completezza", ed "obiettività") ed estrinseche ("fattibilità", "effetto educativo" ed "effetto catalizzante"), come sopra bene specificato.

Sebbene esista una gamma crescente di metodi di valutazione, costruiti per rispondere alle diverse esigenze della valutazione stessa, la selezione del metodo giusto o della combinazione di metodi può essere difficile. Questo perché non tutti i metodi di valutazione possono essere utilizzati per ogni singolo corso e non tutte le competenze e abilità possono essere "valutate" in ogni singolo corso. Ciò che è importante è che, entro la fine dei sei anni di corso, gli studenti dimostrino di aver raggiunto, con successo, tutte le competenze e le abilità correlate, richieste dai risultati di apprendimento attesi del programma del corso di studi in medicina e chirurgia. La conoscenza di un'ampia gamma di metodi e la loro corretta somministrazione assicura che i valutatori possano selezionare uno o più metodi adatti a seconda delle loro esigenze e finalità.

Deve essere sempre tenuto presente che la valutazione riguarda la verifica dell'efficacia dell'insegnamento, delle sue strategie, dei metodi e delle tecniche utilizzate. Deve infine anche essere ricordato che, oltre alla sua funzione

“decisionale”, la valutazione fornisce un importante *feed-back* ai docenti sul loro insegnamento e agli studenti sul loro apprendimento.

Bibliografia

Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) (1999). The Core Competencies. www.acgme.org

ACGME and ABMS. A product of the joint initiative of the ACGME Outcome Project of the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) and the American Board of Medical Specialties (ABMS) (2000). Assessment Methods for Competencies, Attachment/ Toolbox of Assessment Methods – Version 1.1

American Psychological Association, Board of Educational Affairs (1997). Learner-Centred Psychological Principles: A Framework for School Reform and Redesign, American Psychological Association, Washington DC.

Biggs J, Tang C (2007). Using Constructive Alignment in Outcomes-Based Teaching and Learning Teaching for Quality Learning at University (3rd ed., pp. 50-63). Open University Press

Biggs J. (2003). Teaching for Quality Learning of University. Buckingham. Open University Press

Bloom BS. (1956). Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. New York NY: Longmans, Green.

Bloom, B. S. (1971). Mastery learning. In J. H. Block (Ed.), Mastery learning: Theory and practice (pp. 47-63). New York: Holt, Rinehart and Winston.

Epstein M (2007). Assessment in Medical Education. N Engl J Med 356: 387-397.

Flexner A. (1910). Medical Education in the United States and Canada. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, New York, NY.

Flexner A. (1912). Medical Education in Europe. Bulletin six. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, New York, NY.

Holmboe ES and Iobst WF (2020). ACGME Assessment Guidebook. www.acgme.org/globalassets/guidebooks/assessment/guidebook.pdf

Kellaghan T, Madaus G, e Raczek AE (1996). The Use of External Examinations to Improve Student Motivation, American Educational Research Association, Washington DC.

Kohn, A. (1993). Punished by Rewards, Houghton Mifflin, Boston, MA.

Miller GE (1961). Teaching and Learning in Medical School. Cambridge, MA: Harvard University Press; p. 304.

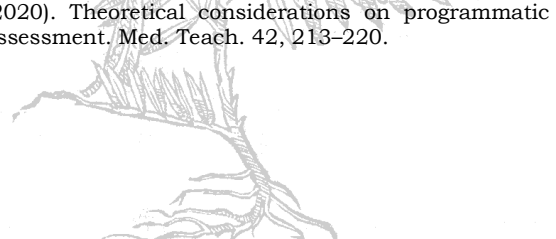
Miller GE (1990). “The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance.” Acad Med 65(9): S63-67

Norcini J, Anderson B, Bollela V, Burch V, Costa MJ, Duvivier R, Galbraith R, Hays R, Kent A, Perrott V e Roberts T (2011). Criteria for good assessment: Consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. Medical Teacher 33:206-214.

Pangaro L, Ten Cate O (2013). Frameworks for learner assessment in medicine. AMEE Guide n. 78, Med Teach 35: 1197-1210.

Schuwirth LWT, van der Vleuten CPM (2020). A history of assessment in medical education. Adv Health Sci Educ 25: 1045-1056.

Torre,DM, Schuwirth LWT, and van der Vleuten CPM (2020). Theoretical considerations on programmatic assessment. Med. Teach. 42, 213-220.



Appendice

Tabella 1

Competenze
Abilità richieste (essenziali)
Conoscenze
e applicazioni delle scienze di base
e applicazioni delle scienze cliniche
Uso di pensiero investigativo e analitico
Abilità Interpersonale e Comunicative
Capacità di Ascolto/Comprensione di una lettura
Capacità di esprimersi chiaramente usando un linguaggio corretto
Creazione di relazioni terapeutiche con i pazienti
Professionalità e condotta etica
Comportamento rispettoso
Atteggiamento altruistico
Comportamento eticamente corretto
Sensibile alle problematiche culturali, di età, genere e disabilità
Gestione/Cure del Paziente
Comportamento premuroso e rispettoso
Intervistare (raccolta anamnesi)
Prendere decisioni informate
Sviluppare e Realizzare piani di gestione del paziente
Consigliare e educare pazienti e famiglie
Esecuzioni di procedure
Esame obiettivo
Procedure mediche
Scelte/Azioni sanitari preventivi
Lavora all'interno di una squadra
Pratica basata sulla conoscenza del S.S.
Praticare/Scegliere cure che sono "cost-effective"
Comprend. l'interazione delle proprie azioni con il sistema più ampio
Conoscenza della pratica medica e dei sistemi di erogazione
Sostenere la causa dei pazienti all'interno del SS
Apprendim/Miglioram Basati sulla pratica
Uso di prove da studi scientifici
Applicaz di metodi di ricerca e statistica
Uso della tecnologia dell'informazione
Analizzare la propria Pratica/Rendimento per apportare miglioramenti necessari
Facilitare l'apprendimento degli altri

Tabella 1: Vi sono indicate le abilità essenziali richieste per il corso di medicina e chirurgia, che devono essere valutate nello studente, sotto ognuna delle (6) competenze principali (ACGME and ABMS, 2000).

Competenze	Scienze Precliniche e Cliniche (Senza paziente)				
	Esame SCRITTO	Esame ORALE	OSPE	Modelli/ Simulaz	360° (limitato)*
Abilità richieste (essenziali)					
Conoscenze					
e applicazioni delle scienze di base	X	X	X	X	
e applicazioni delle scienze cliniche	X	X	X	X	
Uso di pensiero investigativo e analitico	X	X	X		
Abilità Interpersonale e Comunicative					
Capacità di Ascolto/Comprensione di una lettura	X _C	X _A	X _C	X _A	X _A
Capacità di esprimersi chiaramente usando un linguaggio corretto		X		X	X
Creazione di relazioni terapeutiche con i pazienti					
Professionalità e condotta etica					
Comportamento rispettoso		X		X	X
Atteggiamento altruistico		X		X	X
Comportamento eticamente corretto	X	X	X	X	X
Sensibile alle problematiche culturali, di età, genere e disabilità					X
Gestione/Cure del Paziente					
Comportamento premuroso e rispettoso					
Intervistare (raccolta anamnesi)					
Prendere decisioni informate	X	X	X		
Sviluppare e Realizzare piani di gestione del paziente	X _S	X _S	X _S		
Consigliare e educare pazienti e famiglie					
Esecuzioni di procedure					
Esame obiettivo					
Procedure mediche					
Scelte/Azioni sanitari preventivi	X _S	X _S	X _S		
Lavora all'interno di una squadra				X _(?)	
Pratica basata sulla conoscenza del S.S.					
Praticare/Scegliere cure che sono "cost-effective"	X _S	X _S	X _S		
Comprend. l'interazione delle proprie azioni con il sistema più ampio					
Conoscenza della pratica medica e dei sistemi di erogazione	X	X	X		
Sostenere la causa dei pazienti all'interno del SS					
Apprendim/Miglioram Basati sulla pratica					
Uso di prove da studi scientifici					
Applicaz di metodi di ricerca e statistica	X	X	X		
Uso della tecnologia dell'informazione					
Analizzare la propria Pratica/Rendimento per apportare miglioramenti necessari	X _R	X _R	X _R	X _{P-R}	
Facilitare l'apprendimento degli altri				X _(?)	X _(?)

Utilizzo di alcuni metodi di "Assessment" per le Scienze Precliniche

La "X" indica che l'abilità può essere "valutata" :

a) sia nel contesto della prova specifica che si sta svolgendo (le domande stesse, nelle prove scritte e orali)

b) sia nell'effettiva esecuzione della prova stessa (comportamento)

* : con l'utilizzo di una "check-list"

(?) : se si lavora in gruppo nei vari "laboratori" (per es. anatomia, ecc.)

Tab. 2

Tabella 2: Vi sono indicati l'utilizzo di alcuni metodi di valutazione per una varietà di abilità essenziali da diverse categorie di competenze.

Incidenti Critici nella Valutazione degli Studenti: una sintesi del Laboratorio Pedagogico, riunione della Conferenza dei Presidenti Medicina e Chirurgia di Brescia, 28 -10-2022

Critical Incidents in Student Assessment: a summary of the Pedagogical Workshop of the CPPCLM&C Meeting in Brescia on 28 October 2022

Fabrizio Consorti¹ e la Commissione di Innovazione Pedagogica della CPPCLM&C*

(*i nomi dei componenti della Commissione Innovazione Pedagogica sono elencati in appendice)

¹Sapienza Università di Roma

Riassunto

L'articolo riporta la struttura e i risultati del laboratorio di formazione sulla valutazione, svolto nella riunione di Brescia della Conferenza Permanente dei Presidenti di CLM in Medicina e Chirurgia, il 28 ottobre 2022. Dopo una lettura introduttiva di Alfred Tenore, i gruppi di lavoro

Abstract

The article reports on the structure and results of the training workshop on assessment, which took place at the Brescia meeting of the Permanent Conference of the Presidents of the CLM in Medicine on 28 October 2022. After an introductory reading by Alfred Tenore, the working

Parole Chiave

metodi di valutazione, allineamento costruttivo, semestre, valutazione formativa

Key Words

assessment methods, constructive alignment, semester, formative assessment

Introduzione

Nell'incontro della Commissione di Innovazione Pedagogica (CIP), che aveva come obiettivo quello di preparare l'attività di formazione dei docenti per la riunione di Brescia, erano emersi questi temi di interesse, nell'ambito del tema generale della valutazione:

1. quali modalità per quali tipi di conoscenza-competenza
2. come integrare gli esami multi-disciplinari: criteri, metriche
3. come convertire i risultati di un esame in voti in 30imi

Materiali e Metodi

Si è affidato ad una lettura introduttiva tenuta da Alfred Tenore il compito di ricapitolare alcune caratteristiche fondamentali di una buona valutazione. Quindi sono stati costituiti sei gruppi di lavoro con l'incarico di discutere ognuno un "incidente critico", tra i sei ideati e incentrati sui temi emersi. La Tabella 1 riporta le sei situazioni "critiche" delineate. Per incidente critico non si

hanno esaminato col metodo dell'incidente critico alcune situazioni problematiche tipiche in ambito di valutazione.

Dalla sintesi dei lavori sono scaturite indicazioni delle aree in cui sviluppare ulteriori azioni formative per le prossime riunioni.

groups examined some typical problem situations in the field of evaluation using the critical incident method.

The work summary indicated areas where further training actions should be developed for the next meetings

4. come svolgere negli anni una valutazione:
 - a. multidimensionale
 - b. di competenza

In coerenza, gli obiettivi del laboratorio sono stati stabiliti come:

1. discutere i principi base di allineamento tra obiettivi formativi e tipo di valutazione
2. analizzare situazioni problematiche relative alla valutazione, con riferimento ai temi di interesse emersi nella riunione telematica.

intende necessariamente una situazione grave e problematica, ma una situazione che si presta a far emergere le caratteristiche contraddittorie in un contesto e per un'attività data. Il metodo dell'incidente critico mira a raccogliere le reazioni e da esse gli elementi cognitivi, emotivi e comportamentali dei partecipanti, cimentati con una situazione significativa, e in questo senso

“critica”. Si tratta quindi di una forma di intervista qualitativa, svolta all’interno di una situazione sociale, come un piccolo gruppo (Damini, 2014).

Ogni gruppo ha avuto due conduttori, incaricati di guidare la riflessione in accordo al metodo, che è basato su uno stile di conduzione non giudicante, accogliente, volto soprattutto a rilanciare la riflessione mediante domande di approfondimento: non si cerca la “soluzione giusta” ma lo spazio di soluzioni possibili nel caso in oggetto, che siano accettabili per le norme e la teoria pedagogica e praticabili, per le risorse e il

grado preparazione e disponibilità dei docenti nei nostri CLM

La discussione è stata condotta sui seguenti punti:

- elencare e descrivere gli elementi caratterizzanti della situazione assegnata al gruppo
- perché questa situazione è “critica”? Quali problemi emergono? Quali soggetti sono coinvolti e/o danneggiati, anche solo potenzialmente? Quali le possibili conseguenze?
- quali potrebbero essere le modalità alternative di svolgimento.

Incidente critico	Tema di interesse
situazione 1. breve descrizione di tre corsi diversi, in cui vengono svolte prove di valutazione che non sono allineate con gli obiettivi formativi Conduttori: Fausta Lui, José Terrazzano	L'interesse di questa situazione è riflettere sull'allineamento corretto fra tipo di obiettivo e tipo di esame
situazione 2 – in un corso integrato di più materie, lo studente affronta tre colloqui, ognuno con una coppia di esaminatori di disciplina diversa. Scoppia la discussione tra colleghi perché - ognuno per la sua materia - hanno dato valutazioni molto diverse dell'esame orale di uno stesso studente. Possibili elementi di discussione: peso relativo delle componenti (capacità espositiva? conoscenze, capacità interpretative, decisionali cliniche,) analitiche critiche integrazione con media semplice? media pesata per CFU? giudizio della “materia prevalente”? scarto dei min-max? Conduttori: Roberta Misasi, Daniela Puzo	Questa situazione è analoga alla n. 3, poiché in entrambe al centro c'è il problema di integrare in una valutazione finale unitaria di n prove disciplinari diverse. Qui la prova è il colloquio orale
situazione 3. l'esame di un corso integrato di due materie si svolge con una prova scritta a scelta multipla e due blocchi di domande disciplinari, ognuno prodotto autonomamente dai docenti delle due materie. La commissione discute a motivo della diversa tipologia di domande e su come convertire in 30imi: quale peso relativo delle componenti (conoscenze, capacità interpretative, decisionali cliniche, analitiche critiche)? quale peso relativo delle due materie? che succede se lo studente non ha raggiunto la soglia stabilita per la sufficienza in uno dei due blocchi? Conduttori: Lorella Franzoni, Fabio Ferretti	Questa situazione è analoga alla n. 2, poiché in entrambe al centro c'è il problema di integrare in una valutazione finale unitaria di n prove disciplinari diverse. Qui le prove sono scritte
situazione 4. situazione critica al 6° a. con esame orientato alla competenza e alta incidenza di fallimento degli studenti, che si dimostrano poco abili nella discussione critica Conduttori: Maria Grazia Strepparava, Fabrizio Consorti	Questa situazione è analoga, per reciprocità, alla n. 6. In questo caso c'è il sospetto di un esame "troppo difficile". I possibili argomenti sono relativi alla validità (l'esame misura ciò che deve?), all'affidabilità (esaminatori diversi darebbero lo stesso voto?) e alla congruenza degli obiettivi del corso con l'obiettivo generale finale del CLM: il corso prepara gli studenti ad affrontare una prova di esame basata non sulle conoscenze nosografiche ma sul ragionamento clinico e critico?
Situazione 5. All'inizio dell'anno accademico, il coordinatore di un corso integrato ha compilato la scheda dell'insegnamento senza riunioni preliminari con gli altri colleghi. A fine anno, dall'analisi di percorso (ad es. dei questionari somministrati agli studenti, al fine di valutare gli eventuali elementi di ripetitività, di inadeguatezza/non corrispondenza delle prove d'esame rispetto ai contenuti del corso, etc) scaturisce un giudizio problematico. Conduttori: Giuseppe Familiari, Isabella Barajon	Questa situazione fa riferimento soprattutto alla necessità che la valutazione sia parte integrante e privilegiata di tutta la progettazione del corso e che questa avvenga in maniera collegiale. Naturalmente la condizione proposta solleva anche problemi di conduzione del corso (lezioni ripetitive, non centrate, docente-centriche, scarse o nulle attività degli studenti), ma il gruppo di lavoro è stato richiamato a focalizzare soprattutto cosa voglia dire progettare insieme la formazione (modalità, regole, ...)
Situazione 6. il coordinatore di un corso del primo biennio nota che quasi il 90% degli studenti passa la valutazione scritta, composto da una serie di scenari da risolvere, con voti molto alti (28-29/30) La prova di valutazione è valida ed accurata, ed è stata valutata da una serie di esperti. Non c'è nessuna evidenza di comportamento non etico da parte degli studenti. Una commissione di valutazione si riunisce per parlarne. C'è un problema da risolvere? E' necessario modificare la valutazione? se sì, perché? in quale maniera? Conduttori: Alfred Tenore, Bruno Moncharmont	Questa situazione è analoga, per reciprocità, alla n. 4. In questo caso c'è il sospetto di un esame "troppo facile". I possibili argomenti sono relativi alla validità (l'esame misura ciò che deve?), all'affidabilità (esaminatori diversi darebbero lo stesso voto?) e alla congruenza degli obiettivi del corso con l'obiettivo generale finale del CLM: il corso prepara gli studenti con tutte le conoscenze di base necessarie al proseguimento del curriculum?

Tabella 1: le sei situazioni “critiche” proposte ai gruppi di lavoro

Risultati e Discussione

La discussione degli incidenti critici nei gruppi ha prodotto una ricca elaborazione, sintetizzata a partire dagli appunti sul campo presi da uno dei due conduttori e poi discussa con l'altro. I temi principali emersi indicano sia le principali

criticità che la direzione di possibile miglioramento, Essi sono stati:

- 1) Il coordinamento: la valutazione è vista ancora soprattutto come un'attività singola del docente, che non abbisogna di un coordinamento o un

accordo preventivi. Sembra che la valutazione non entri nel processo di progettazione del corso, specialmente quando il corso integra più discipline, con moduli di contenuto ed estensione anche molto diversi (un esempio presentato è stato il corso integrato di Scienze propedeutiche di base: statistica, informatica, inglese).

2) La progettazione: praticamente tutti i gruppi hanno sottolineato l'importanza di una progettazione collaborativa anche della valutazione, sotto la guida del coordinatore del corso integrato, figura fondamentale, che deve avere competenze di leadership e pedagogiche. La progettazione della valutazione è destinata ad assicurare:

- a) la coerenza fra core curriculum e oggetto della valutazione: deve essere assicurata una ragionevole completezza, senza escursioni fuori dagli argomenti previsti;
 - b) l'allineamento tra la dimensione da valutare e il metodo valutativo: conoscenze, capacità interpretative, decisionali cliniche e analitiche critiche vanno valutate con metodi diversi. Persiste l'affidamento all'esame orale come metodo ritenuto più informativo sulla preparazione dello studente: benché abbia il suo valore, non si può assumerlo come gold standard della valutazione, per i suoi limiti di affidabilità e ripetibilità. Nello stesso modo, le domande a scelta multipla sono adatte a valutare conoscenze fattuali e – in qualche misura – le capacità interpretative, ma hanno validità rapidamente decrescente se non nulla per le capacità decisionali e analitico-critiche. Infine, persiste il problema della valutazione dei tirocini, che sembra più che altro essere un problema di formazione dei tutor all'uso consapevole della griglia di valutazione;
 - c) la condivisione di un meccanismo di traduzione del risultato della prova di valutazione in un voto in trentesimi, specie quando l'esame è composto da più prove, relative a moduli diversi (media aritmetica? media pesata per CFU?). Il meccanismo deve anche prevedere in modo esplicito e motivato l'esito in caso di fallimento in un solo modulo (ripetizione dell'intero esame o del solo modulo).
- 3) L'esame è un luogo della relazione docente-studente e docente-docente: a tale tema appartengono tre sotto-temi:

- a) Rapporto docente-studente: l'esame non è un giudizio sullo studente, ma sulla sua conoscenza o competenza. Un giudizio negativo all'esame viene però talora percepito come un giudizio negativo personale. Ciò può condurre a situazioni di blocco emotivo e ritardo curriculare;
- b) Rapporto docente-docente: oltre al "patto d'aula" tra docenti e studenti, in cui si esplicitano obiettivi, contenuti, modalità della formazione e della valutazione, si dovrebbe considerare un "patto fra docenti", come espressione formale dell'accordo sugli stessi temi del patto d'aula;
- c) Rapporto con l'istituzione: una serie di valutazioni negative danneggia sia lo studente che il docente, nonché l'intero corso di laurea. Rientra nel sotto-tema di rapporto istituzionale anche la perdurante sottovalutazione dell'impegno didattico ai fini di valutazione e progressione di carriera. L'impegno didattico sottrae tempo alla ricerca e all'assistenza, che sono viste come predominanti e non per lo meno paritetiche, se non ancelle.

Le azioni correttive suggerite sono elencate qui di seguito e non legate ai temi precedenti, perché hanno efficacia attesa su più di un tema

- 1) Potenziamento della figura del coordinatore di corso integrato, ad esempio attraverso uno specifico programma di formazione e un sistema di incentivi accademici
- 2) Formazione dei docenti all'uso di metodi di valutazione diversificati, allineati ai diversi tipi di obiettivo
- 3) Coinvolgimento degli studenti nella definizione delle regole di valutazione e nel controllo dell'andamento della valutazione nel suo complesso
- 4) Progressiva introduzione di forme di valutazione in itinere nei corsi, che potenzino l'apprendimento, segnalino eventuali problemi di comprensione e possano preparare gli studenti a sostenere l'esame, se ne ricalcano il metodo

E' rilevante notare come sia i problemi identificati che le azioni correttive trovino puntuale riscontro con alcuni degli indicatori riportati nella Scheda ANVUR di Valutazione di un Corso di Studio Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia, approvata il 3 novembre 2022 e riportati in tabella 2.

D.CDS.1.4.2: Coerenza delle modalità di verifica con i metodi didattici e con i risultati di apprendimento attesi (comunicate e illustrate agli studenti sia nelle schede degli insegnamenti, sia dal docente all'inizio delle lezioni);
D.CDS.1.4.2: Definizione dei criteri adottati per la graduazione dei voti.
D.CDS.1.5.3: Coordinamento delle varie figure di docenti (docenti e tutor) per la erogazione della didattica ai vari livelli (corso integrato, anno, etc) per definizione di obiettivi formativi, contenuti, modalità e tempistiche di erogazione e verifica
D.CDS.1.4.4: Definizione di modalità di verifica delle competenze cliniche (clinical skills ed il saper fare ed essere medico) (<i>solo di Medicina</i>)
D.CDS.1.5.2: Il CdS programma le verifiche intermedie e finali degli insegnamenti e dell'esame di laurea per favorire l'organizzazione dello studio e l'apprendimento da parte degli studenti.
D.CDS.2.5.1: Monitoraggio delle verifiche dell'apprendimento

Tabella 2 – Alcuni indicatori della Scheda ANVUR di Valutazione di un CdS di Medicina (ANVUR, 2022)

Ci sembra particolarmente significativo che l'ente di valutazione e la comunità dei presidenti dei CLM abbiano una comune visione: ciò dovrebbe consentire di vivere le evoluzioni necessarie nelle nostre prassi come un dovere etico e non un obbligo normativo. Che poi il CdS se ne

giovi, con una valutazione ancora più positiva, non può che rafforzare la motivazione, che però deve essere fondata sull'imperativo primario che è servire i nostri studenti e – attraverso loro – la comunità nazionale e internazionale che ha bisogno di buoni medici.

Bibliografia

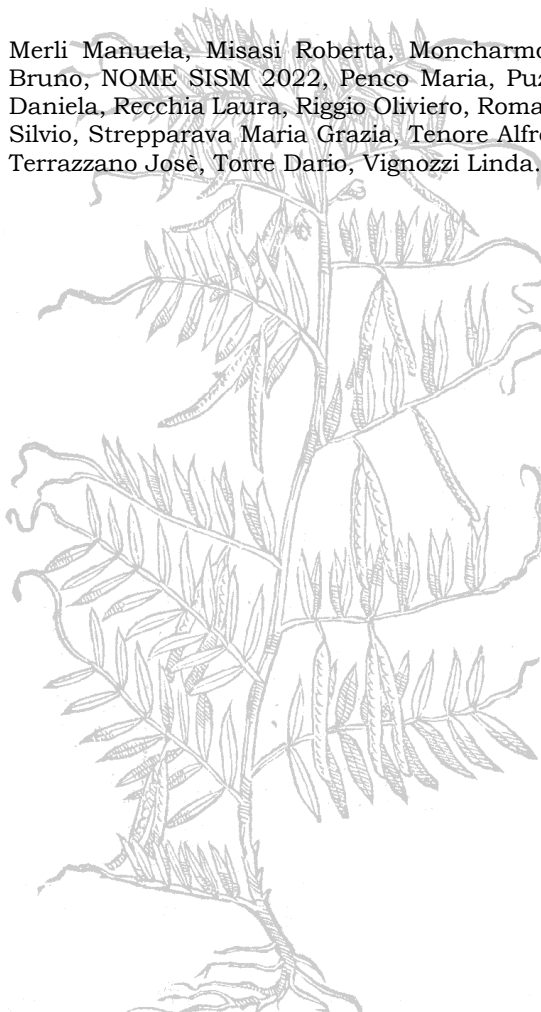
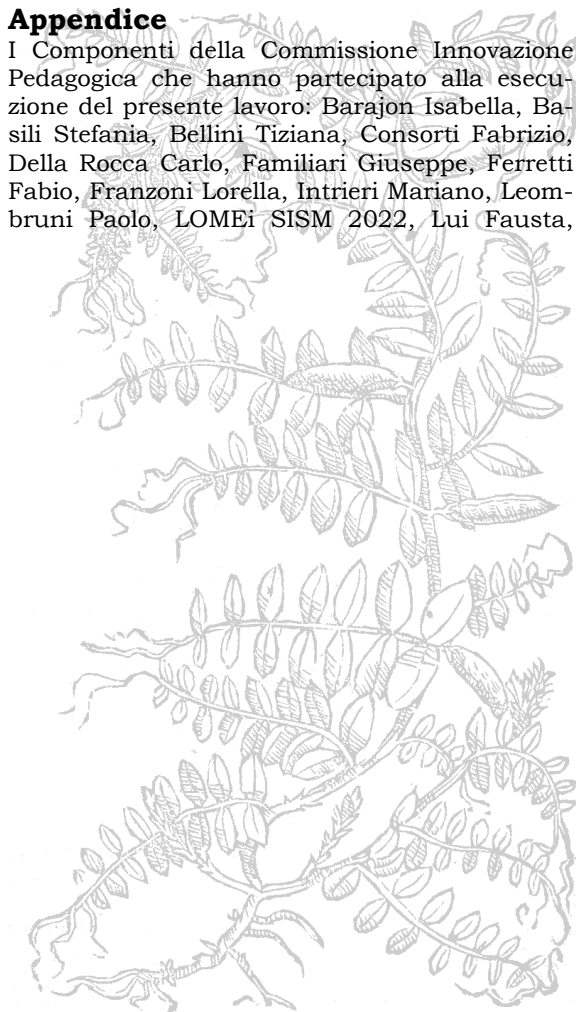
Damini, M., & Surian, A. (2014). L'uso degli incidenti critici nella valutazione dello sviluppo delle competenze interculturali. *ITALIAN JOURNAL OF EDUCATIONAL RESEARCH*, 291–302. Retrieved from <https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/sird/article/view/257>

ANVUR. Il ciclo AVA3 - Linee Guida e strumenti di supporto. Accessibile a <https://www.anvur.it/attivita/ava/accreditamento-periodico/modello-ava3/strumenti-di-supporto/>, ultimo accesso il 13-05-2023

Appendice

I Componenti della Commissione Innovazione Pedagogica che hanno partecipato alla esecuzione del presente lavoro: Barajon Isabella, Basili Stefania, Bellini Tiziana, Consorti Fabrizio, Della Rocca Carlo, Familiari Giuseppe, Ferretti Fabio, Franzoni Lorella, Intrieri Mariano, Leombruni Paolo, LOMEi SISM 2022, Lui Fausta,

Merli Manuela, Misasi Roberta, Moncharmont Bruno, NOME SISM 2022, Penco Maria, Puzzo Daniela, Recchia Laura, Riggio Oliviero, Romano Silvio, Strepparava Maria Grazia, Tenore Alfred, Terrazzano Josè, Torre Dario, Vignozzi Linda.



L'insegnamento delle Medical Humanities: risultati di uno studio sui Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia in Italia

The teaching of Medical Humanities: results of a study of medical degree programs in Italy

Lia Lombardi^a, Monica Murero^b, Pietro Paolo Guzzo^c, Veronica Moretti^d, Alessandro Porrovecchio^e, Alice Scavarda^f, Linda Lombi^g

^aUniversità degli studi di Milano; ^bUniversità di Napoli Federico II; ^cUniversità degli Studi "A. Moro", Bari; ^dUniversità degli studi di Bologna; ^eUniv. Littoral Côte d'Opale, Univ. Lille, Univ. Artois - ULR 7369 - URePSSS - Unité de Recherche Pluridisciplinaire Sport Santé Société, 59140, Dunkerque, France; ^fUniversità degli studi di Torino; ^gUniversità Cattolica Sacro Cuore di Milano

Riassunto

L'articolo si concentra sul significato e sullo sviluppo delle Medical Humanities (MH) nella formazione delle professioni per la salute. In particolare, intende dare conto dell'insegnamento di dette discipline nelle università italiane, discutendo una parte dei risultati di un'ampia ricerca quanti-qualitativa condotta su 679 Corsi di Laurea di medicina e delle professioni sanitarie, riferiti all'anno accademico 2020-2021. L'analisi riferita in questo articolo si focalizza sull'insegnamento delle discipline MH in tutti i

64 Corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia italiani. I risultati di questo studio mettono in risalto l'assenza e la presenza significativamente limitata delle MH (Scienze Umane, Sociali, e Arti) nei corsi di laurea italiani e il loro scarso impatto rispetto al totale dei CFU offerti, con il preciso obiettivo di sottolineare, allo stesso tempo, la necessità e l'utilità del loro adeguato sviluppo e diffusione, coerenti con i cambiamenti e relativi nuovi bisogni che riguardano la salute e la società.

Abstract

The article focuses on the meaning and development of the Medical Humanities (MH) in the academic education of medical and healthcare professions. It intends to give an account of the teaching of these disciplines in Italian universities, discussing a part of the results of a wide-ranging quanti-qualitative study carried out on 679 medical and healthcare professions university degrees, referring to the academic year 2020-2021. The analysis reported in this article focuses on teaching MH disciplines in all Ital-

ian degree courses in Medicine and Surgery. The research's results highlight a minimal presence and the absence of MH credits (Human, Social, and Artistic Sciences) in the Italian scenario and the MH's low incidence compared to the total credits offered. The study explicitly emphasizes the need and usefulness of MH adequate development in the current curricula in light of upcoming challenging contexts and new needs concerning health and society.

Parole Chiave

Medical Humanities; Professioni sanitarie; Medicina e chirurgia; Corsi di laurea.

Key Words

Medical Humanities; Healthcare professions; Medicine; University degree

Introduzione

Le Medical Humanities (MH) non costituiscono un ambito statico e omogeneo, ma sono il risultato di un processo culturale. La questione se le MH siano una 'multidisciplina', 'interdisciplina', 'disciplina' o 'campo' non è affatto risolta (Evans e Macnaughton 2004), perciò molti autori optano per il prefisso 'multi' riferendosi a un dialogo tra diversi approcci. L'uso del termine Medical Humanities è spesso scelto perché più riconoscibile e usato per descrivere un campo che incorpora una pletora di soggetti e approcci (Bates, Goodman 2014). D'altro canto, lo stesso termine include professionisti della salute di-

versi dai medici e, per questo, le Health Humanities e le Humanities in Healthcare stanno diventando termini in uso, soprattutto in Nord America (Jones et al. 2014).

Le Medical Humanities hanno sviluppato una prima identità negli Stati Uniti, dove il termine è stato coniato nel 1947. Kenneth M. Ludmerer (1999) ha tracciato la storia dell'educazione medica statunitense del ventesimo secolo come un ciclo di erosione e poi riconquista della fiducia del pubblico, in cui i medici devono impegnarsi in questioni di ordine sociale più ampio così come nell'empatia per gli individui. La pre-

sa di coscienza politica negli Stati Uniti degli anni '60 e dei primi anni '70, tra la guerra del Vietnam e il movimento per i diritti civili, ha portato le scuole di medicina a diventare più reattive socialmente e a impegnarsi con la riforma educativa. Un effetto a catena è stato quello di introdurre più insegnamenti umanistici nella formazione medica (Ludmerer 1999). La nascente cultura delle MH nel Regno Unito prende forma e si consolida all'inizio degli anni '90. Nel 1993, il General Medical Council (GMC) pubblica la prima edizione di *Tomorrow's Doctors* (1993) che stabilisce un curriculum per le scuole mediche del Regno Unito, dove le MH fanno affidamento sulla collaborazione multidisciplinare, non sui ruoli lavorativi interdisciplinari (Bates, Goodman 2014). Dopo una revisione nel 2008-2009, il Wellcome Trust presenta una nuova visione che abbraccia esplicitamente le "critical conversation" tra artisti, accademici e professionisti, da cui derivano le "Critical Medical Humanities". Queste mostrano scetticismo verso i modelli utilitaristici di salute e benessere, mentre un approccio critico permette di vedere il significato nella malattia e fornisce uno spunto di resistenza alla scienza biomedica riduttiva (Bleakley 2012).

Nell'Europa continentale la situazione delle MH è piuttosto variegata (Giarelli 2020). In Francia, per esempio, pur non esistendo un contenitore complessivo di MH, nelle Facoltà di medicina

Materiali e Metodi

Lo studio, commissionato dalla Sezione Sociologia della Salute e delle Medicine dell'Associazione Italiana di Sociologia (AIS), è stato condotto da un gruppo di sociologi e sociologhe e si è posto come obiettivo quello di valutare lo stato dell'arte rispetto all'inserimento di discipline afferenti alle Medical Humanities (MH) nei Corsi di Laurea (CdL) indirizzati alla formazione dei professionisti sanitari in Italia. Nello specifico, la ricerca è stata orientata a: (1) indagare la presenza, l'articolazione e la distribuzione dei corsi di MH; (2) esplorare i contenuti degli insegnamenti di MH.

Al fine di soddisfare tali obiettivi conoscitivi, si è proceduto alla costruzione e informatizzazione sulla piattaforma Qualtrics® di una scheda di rilevazione strutturata, utile per raccogliere le informazioni attraverso un percorso di analisi secondaria realizzato sui siti Internet dei CdL. Il lavoro di mappatura è stato realizzato anche con il supporto del sito <https://www.universitaly.it/>, un portale promosso e gestito dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, al cui interno sono pubblicate le schede SUA CdS (Scheda Unica Annuale del Corso di Studi).

Nello specifico, attraverso una scheda strutturata sono state raccolte le seguenti informazioni: (a) dati strutturali del CdL; (b) articolazione insegnamenti MH per aree disciplinari; (c) syllabus. I dati raccolti si riferiscono all'anno ac-

sono previsti moduli di Scienze umane e sociali. Nei paesi scandinavi la diffusione delle MH è piuttosto limitata: in Svezia, per esempio, esiste un Medical Humanities Network che raggruppa una trentina di docenti e ricercatori. Un caso particolare è rappresentato dalla Germania dove, dal 2003, nei Dipartimenti di medicina, è stata istituita la cosiddetta "trinità" interdisciplinare di storia, teoria ed etica della medicina in ottemperanza a quanto previsto dalla legge sull'abilitazione medica del 2002 (Giarelli 2020). In Italia, la presenza delle MH nei curricula della formazione medica e sanitaria è ancora limitata, così anche gli studi al riguardo. Prima della ricerca di cui diamo un breve resoconto in questo articolo, un'analisi comparativa di Orefice, Perez e Baños (2017) mostra un'inclusione limitata e selettiva delle MH nei curricula delle Scuole di medicina di Spagna e Italia. L'indagine, condotta su un totale di 42 università italiane e 39 spagnole, indica che le discipline maggiormente presenti nelle Scuole di medicina dei due paesi sono: storia della medicina (97,6% Italia; 84,6% Spagna); filosofia (73,8% Italia; 89,7% Spagna); antropologia (26,2% Italia; 28,2% Spagna). Differiscono in maniera significativa gli insegnamenti di letteratura (2,4% Italia; 23,7% Spagna); religione (2,4% Italia; 17,9% Spagna); cinema (0% Italia; 5% Spagna); sociologia (0% Italia; 10,3% Spagna).

cademico 2020-2021. Sono stati quindi individuati i settori scientifico-disciplinari (SDD) delle MH e inseriti in una griglia. Le discipline sono state successivamente raggruppate in tre macro-aree, come indicate dal Consiglio Superiore di Sanità (2018): 1. macro-area scienze umane: filosofia, etica e bioetica, scienze religiose, storia della medicina, altre scienze umane; 2. macro-area scienze sociali: sociologia, psicologia (eccetto psicologia clinica - PSI-08), antropologia, pedagogia, diritto, economia, demografia, statistica sociale; altre scienze sociali; 3. macro-area arti: letteratura, cinema, teatro, musica, danza, altre arti.

Una volta raccolti, i dati sono stati analizzati tramite il software SPSS® vers. 28 che ha consentito di elaborare le principali statistiche descrittive. È stata quindi analizzata la presenza/assenza di MH per profilo professionale (11 macro-classi di Laurea) e per tipo di CdL. Inoltre, è stato valutato l'impatto reale delle MH in Italia (Murero, foreseen, 2023). Le informazioni raccolte tramite l'analisi dei syllabi sono invece state sottoposte ad analisi del contenuto tramite il software Nvivo. Per ragioni di economia del presente contributo, in questo articolo verranno presentati solo i risultati emersi nei Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia (macro-classe M/41) in Italia. È stato sviluppato un approfondimento della presenza di MH suddivise per aree disciplinari - Scienze Umane, Scienze So-

ciali e Arti e condotto un ulteriore approfondimento sulle Scienze Sociali (distribuzione degli

insegnamenti per tipo di disciplina) con un focus sulla Sociologia.

Risultati

I dati mappati in questo studio si riferiscono a tutti i 64 corsi di laurea in Medicina e Chirurgia (M/41) offerti in Italia: tra questi, 11 offrono corsi totalmente in lingua inglese. I corsi afferiscono a 44 Atenei Italiani. La maggior parte (n=30, pari al 46,9% del totale dei CdL in Medicina e Chirurgia) sono collocati in regioni del Nord Italia.

Dall'analisi dei risultati che segue si evidenzia chiaramente che i crediti MH sono spesso assenti, e quando invece sono presenti, hanno un

impatto irrisorio o nullo rispetto al totale offerto (360= CFU) nei piani di studio.

L'analisi dei dati mostra la presenza (e come vedremo l'assenza) di corsi e CFU in MH, in base a tre macro-aree disciplinari: Scienze Umane, Scienze Sociali e Arti.

La prima delle tre macro-aree MH considerate è "Scienze Umane" (Figura 1) che è presente nel 75% dei casi (48/64) con almeno 1 CFU.

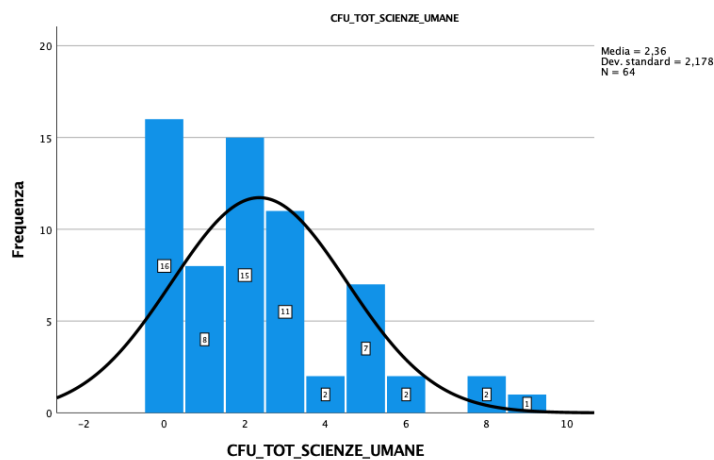


Figura 1 - CFU Totali per la macro-area MH Scienze Umane

Tuttavia, i dati mostrano che la semplice presenza di corsi in area MH non è indicativa del reale impatto delle Scienze Umane a Medicina e Chirurgia in Italia. I dati aggregati per la macro-

area Scienze Umane sono riportati nella prima colonna, seguiti dai valori (CFU) dei singoli insegnamenti (Tabella 1).

		Statistiche					
		CFU totali Scienze Umane	CFU filosofia	CFU etica bioetica	CFU religione	CFU storia medicina	CFU altre scienze umane
N.	valido	64	64	64	64	64	64
	mancante	0	0	0	0	0	0
Media		2,36	,33	,61	,06	1,25	,11
Mediana		2,00	,00	,00	,00	1,00	,00
Deviazione std.		2,178	1,009	1,093	,351	1,222	,567
Intervallo		9	6	4	2	5	4
Minimo		0	0	0	0	0	0
Massimo		9	6	4	2	5	4
Percentili	25	,25	,00	,00	,00	,00	,00
	50	2,00	,00	,00	,00	1,00	,00
	75	3,00	,00	1,00	,00	2,00	,00

Tabella 1 - Statistiche Descrittive: CFU Totali per la macro-area MH Scienze Umane e CFU per singoli insegnamenti

Infatti, il valore nel punto di Mediana mostra che i CFU offerti in questa macro-area sono solo M=2 (su un totale di 360), con una deviazione standard pari a $\sigma=2,178$ e un valore medio di 2,36 CFU.

Nei singoli insegnamenti (filosofia, etica, religione, altro) il valore mediano dei CFU è addirittura pari M=0 con una sola eccezione che riguar-

da Storia della Medicina; il corso che si trova più frequentemente in questa categoria (nel 65,6% dei CdL analizzati), ma pur sempre con un valore medio di CFU molto scarso, pari a $x=1,25$ su 360 e $\sigma=1,22$. A seguire, troviamo in un caso su tre (32,8%) Etica e bioetica, ma con un numero medio di CFU sempre inferiore ad 1 ($x=0,61$; $\sigma=1,093$). Molto meno presenti sono i

corsi di Filosofia (14,1%) – a parte casi isolati – e Scienze Religiose (4,7%). Anche in questi casi i CFU offerti presentano mediamente dei valori molto scarsi (cfr. Tabella 1). Sedici CdL (25%) in

Medicina e Chirurgia, su un totale di 64, non offrono alcun corso in Scienze Umane.

La seconda macro-area MH è Scienze Sociali (Figura 2).

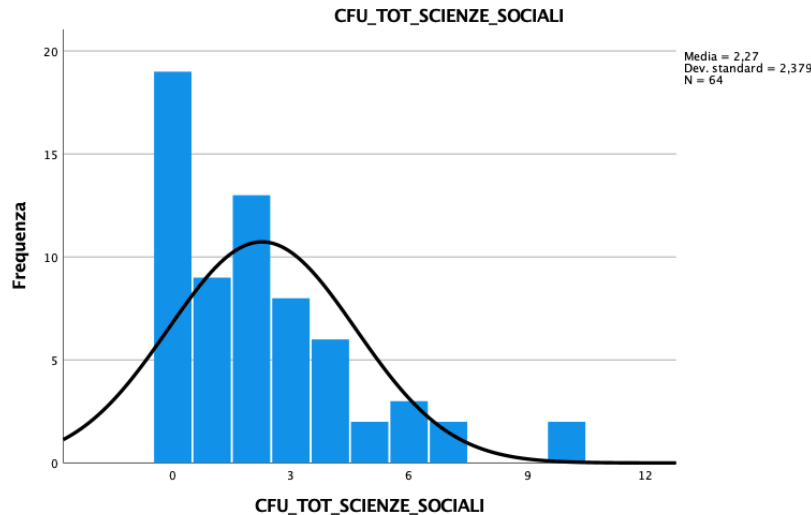


Figura 2 - CFU Totali per la macro-area MH Scienze Sociali

Come si nota nella Tabella 2, i risultati mostrano sia i dati aggregati che i valori dei singoli insegnamenti (numero di CFU per insegnamento) rilevati nei piani di studio. Anche in questo ca-

so, si ha un valore nel punto di Mediana pari a due crediti su 360, con una deviazione standard pari a $\sigma=2,379$ e una media di $x=2,27$ CFU.

		Statistiche									
		CFU totali scienze sociali	CFU Sociologia	CFU Psicologia	CFU Antropologia	CFU Pedagogia	CFU Economia	CFU Diritto	CFU demografia	CFU Statistica Sociale	CFU Altre Scienze sociali
N.	valido	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64
	mancante	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		2,27	,17	,94	,17	,34	,47	,00	,02	,00	,1719
Mediana		2,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,0000
Deviazione std.		2,379	,551	1,355	,456	1,185	,854	,000	,125	,000	,55075
Intervallo		10	2	6	2	6	4	0	1	0	2,00
Minimo		0	0	0	0	0	0	0	0	0	,00
Massimo		10	2	6	2	6	4	0	1	0	2,00
Percentili	25	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,0000
	50	2,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,0000
	75	3,00	,00	2,00	,00	,00	1,00	,00	,00	,00	,0000

Tabella 2 - Statistiche Descrittive CFU Totali per la macro-area MH Scienze Sociali e CFU per singoli insegnamenti

Si evidenzia che vi è un notevole scostamento tra la media e la deviazione standard di ogni singolo insegnamento, con presenza di casi molto isolati nella distribuzione dei dati (nei valori massimi): si noti inoltre che tutti i singoli corsi hanno una Mediana pari a zero ($M=0$).

Tra le Scienze Sociali, la disciplina maggiormente presente (43,8% dei casi) nei corsi di Medicina e Chirurgia in Italia è la psicologia (non clinica) che, tuttavia, offre mediamente un numero di CFU leggermente inferiore a 1 ($x=0,94$; $\sigma=1,355$). A seguire, troviamo l'economia (31,3%), l'antropologia (14,1%), la pedagogia (12,5%), e la sociologia (9,4%). Presso i Corsi di Laurea in Medicina la Sociologia è assente (CFU=0) circa nel 90% dei CdL ($n=47/53$). Inoltre, quand'anche si registri la presenza di inse-

gnamenti sociologici, in 6 Atenei italiani, i CFU offerti rappresentano solo lo 0,3-0,6% del totale offerto ($360=CFU$). Considerando la macro-area Scienze Sociali (totali), l'Università di Trento è l'ateneo che offre il maggior numero di crediti, ma appare come un caso isolato. Totalmente assenti sono gli insegnamenti di diritto e statistica sociale.

Infine, per quanto riguarda la terza macro-area MH, sono quasi del tutto assenti insegnamenti afferenti alle Arti nei 64 corsi di laurea in Medicina e Chirurgia italiani: si evidenzia un solo corso in letteratura (opzionale, senza CFU) e un corso in teatro (con un solo CFU).

In sintesi, l'analisi dei dati mostra che, nella formazione medica, gli insegnamenti di MH maggiormente presenti sono Storia della Medi-

cina ed Etica/Bioetica tra le scienze umane, e psicologia ed economia tra le scienze sociali, seppur con un numero di crediti irrisorio. Sono

Discussione e Conclusioni

Come si evince dai risultati presentati, nei Corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia in Italia, le MH sono ancora scarsamente presenti, sia in termini assoluti sia in termini di numero di crediti formativi. Inoltre, la loro distribuzione presenta una forte disomogeneità tra i diversi Atenei. Il nostro Paese registra dunque un importante ritardo rispetto ad altri contesti nazionali dove queste discipline sono stabilmente inserite nei curricula formativi (Howick et al. 2021; Giarelli 2020). La pandemia legata al Coronavirus ha reso ancora più evidente l'importanza di un'educazione umanistica dei professionisti della salute, non solo al fine di migliorare la relazione tra curanti e curati, ma anche perché i professionisti della salute necessitano di competenze per far fronte alle sfide sociali della medicina del nostro tempo. Si pensi, ad esempio, all'aumento di complessità, alla crescente specializzazione, alla carenza di risorse che gravano sul burnout degli operatori, al prosperante desiderio di partecipazione dei cittadini-utenti e pazienti alle decisioni che riguardano la propria salute, alla diffusione della

raramente presenti e irrilevanti i CFU offerti in sociologia e sostanzialmente assenti gli insegnamenti nelle Arti.

salute digitale e, non ultimo, alla crescita delle disuguaglianze di salute (Vicarelli, Giarelli 2020).

Ma, nonostante la limitata presenza degli insegnamenti MH nella formazione medica e sanitaria italiana e di altri paesi del mondo, il successo di questo campo di studi si fa sempre più evidente, tanto che un inventario degli invii al Journal of Medical Humanities mostra la crescente diffusione delle MH: da gennaio 2009 a dicembre 2012, gli articoli di autori al di fuori degli Stati Uniti raddoppiano (da 20% a 40%) con contributi provenienti da Italia, Polonia, Spagna, Svezia, Svizzera, Brasile, Cile, Colombia, Hong Kong, India, Israele, Giappone, Malesia, Nigeria, Sud Africa, Taiwan e Turchia (Jones 2014; Giarelli 2020).

L'auspicio è dunque quello che anche in Italia le MH possano trovare uno spazio adeguato nella formazione dei professionisti della salute, al fine di rispondere in maniera coerente ai bisogni di salute emergenti, attraverso un approccio che, necessariamente, deve essere interdisciplinare e multidimensionale.

Bibliografia

Bates V., Goodman S. (2014). Critical conversations Establishing dialogue in the medical humanities. In: Bates V., Bleakley A., Goodman S. (Eds). *Medicine, Health and the Arts. Approaches to the medical humanities*. Routledge, Abingdon, Oxon, OX14 4RN.

Bleakley A. (2014), Towards a 'critical medical humanities'. In: Bates V., Bleakley A., Goodman S. (Eds). *Medicine, Health and the Arts. Approaches to the medical humanities*. Routledge, Abingdon, Oxon, OX14 4RN.

Consiglio Superiore di Sanità - Ministero della Salute (2018), *Medical Humanities nell'epoca della medicina tecnologica e informatica*, rapporto coordinato da Prof. A. Elio Cardinale, Luglio.

Giarelli G. (2020), *Le Medical Humanities nelle Facoltà di Medicina: una prospettiva internazionale*, «Medicina e Morale», 4, pp.435-452.

Jones T. (2014), 'Oh, the humanit(ies)!': Dissent, democracy, and danger. In: Bates V., Bleakley A., Goodman S. (Eds). *Medicine, Health and the Arts. Approaches to the medical humanities*. Routledge, Abingdon, Oxon, OX14 4RN.

Jones, T., Wear, D. and Friedman, L. D. (2014) 'Introduction', in T. Jones, D. Wear and L. D. Friedman (eds) *Health Humanities Reader*, New Jersey: Rutgers University Press.

Howick J., Zhao, L., McKaig, B., Rosa, A., Campaner, R., Oke, J., & Ho, D. (2021). Do medical schools teach medical humanities? Review of curricula in the United States, Canada and the United Kingdom, in «Journal of Evaluation in Clinical Practice», 1-7.

Lombardi L. (2018). *Riproduzione e Salute nella società globale. Genere, medicalizzazione e mutamento sociale*. Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

Ludmerer K. M. (1999). *Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*, Oxford: Oxford University Press.

Murero M. (foreseen, 2023). *Le Medical Humanities in Italia*. In: *Comprendere la cura della salute attraverso le Medical Humanities: scenari attuali e prospettive future*. Special issue, Lombi L., Murero M. *Studi di Sociologia*, ISSN: 0039-291X.

Orefice C., Pérez J., Baños J. E. (2019). The presence of humanities in the curricula of medical students in Italy and Spain, «Educación Médica», S1, pp.75-86. <https://doi.org/10.16/j.edumed.2017.10.008>.

Vicarelli G., Giarelli G. (a cura di) (2020), *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19*, FrancoAngeli, Milano.

Laudatio temporis acti o back to the future? Suggestioni per una formazione unitaria del medico.

Laudatio temporis acti or back to the future? Suggestions for a unitary medical education.

Giovanni Villone

Università degli Studi del Molise

Riassunto

Fin dall'anno Mille nacque l'idea di una formazione unitaria per il medico. A parte le concrete applicazioni, non di rado lontane da una pratica efficace, l'idea è rimasta ed anche oggi una unitarietà nell'educazione medica è fortemente auspicabile sia nei contenuti informativi tec-

nico-scientifici sia, ancora di più, nel metodo. La proposta tratteggiata nel presente lavoro è di valutare se e quanto il percorso a scala, tipico degli anni Settanta e Ottanta del secolo scorso, sia adeguato a preparare un medico di livello comparabile per lo meno con i colleghi europei.

Abstract

As early as 1000, a unitary medical education was born. The idea remained beyond the concrete applications, often far from effective practice. Still, unity in medical education is highly desirable regarding technical-scientific information content and, even more, in the method.

The proposal outlined in this paper is to evaluate whether and to what extent the ladder path, typical of the Seventies and Eighties of the last century, is adequate to prepare a doctor of a level at least comparable to his European colleagues.

Parole Chiave

formazione medica; storia della medicina; core curriculum

Key Words

medical education; history of medicine; core curriculum

Introduzione

Pensare all'organizzazione di un percorso culturale e tecnico di preparazione dei futuri medici significa accettare una sorte di sfida intellettuale nella quale, come comunità educatrice, certamente non come singoli, comunque si scommette sull'efficacia di quanto si propone rispetto all'obiettivo da raggiungere. Il dubbio resta sempre: sto cercando di riprodurre il cammino che io ho seguito da giovane perché ricordo che era bello e valido? O era bello e valido davvero?

È solo una mia proiezione e, quindi, una laudatio temporis acti o sul serio recuperare un percorso apparentemente andato ha un suo valore concreto?

A volte per andare avanti occorre attingere ai tesori di memoria del passato. E ormai da oltre un millennio si cerca di immaginare una formazione unitaria del medico, di qualunque latitudine egli sia, come si potrà leggere nelle note che seguono.

La formazione del medico alla fine del primo millennio

La prima rivoluzione che coinvolga la formazione del medico in Occidente risale alla fine del primo Millennio, quando nascono le *Scholae medicorum*. Fino ad allora la formazione del medico era affidata alla relazione, sostanzialmente privata, tra maestro e discepolo, come era stato fin dalla Preistoria e come era stato poi statuito dal giuramento di Ippocrate¹, che

vincola il discepolo al segreto su tutto quanto apprenderà dell'arte medica dal proprio maestro in una sorta di filiazione diretta, tanto che il medesimo Giuramento richiede un rispetto per il maestro pari a quello che il discepolo ha nei confronti del proprio padre e autorizza il discepolo ad infrangere il vincolo di segretezza solo

¹ "... e dei precetti e lezioni e di tutto il resto dell'istruzione [giuro] di farne parte ai figli miei e a quelli di chi mi ha insegnato e agli studenti che si so-

no impegnati per scritto ed hanno giurato secondo l'uso medico, ma a nessun altro" (Ippocrate, Testi di medicina greca, BUR, Milano 1983, p. 257).

nel caso il figlio del maestro volesse essere da lui erudito in medicina².

Già Aurelio Cassiodoro³ aveva ritenuto per i suoi monaci “fondamentale, oltre lo studio dei testi sacri, quello delle scienze, particolarmente della medicina”⁴ e, a tale scopo, utilizza come “testo base”⁵ l’opera del 511 *Institutiones divinarum et saecularium litterarum*. Successivamente “il rinascimento bizantino dell’ottavo e nono secolo contribuirà a determinare un rinnovato interesse culturale che si estenderà a tutta l’Italia meridionale ed alla Sicilia, rinvigorendo l’attività degli *scriptoria* monastici nel loro lavoro di trascrizione dei codici. Alcune opere mediche classiche giungeranno a Salerno [...] proprio dagli *scriptoria* dei monasteri della Sicilia e della Calabria”⁶.

Ruggero il Normanno “aveva decretato nel 1134 che la Medicina poteva essere esercitata solo da chi prima era stato esaminato da ufficiali e giudici regi: i trasgressori dovevano essere messi in carcere e privati dei beni. In seguito Federico II di Svevia ribadì le disposizioni di Ruggero e vietato l’esercizio a chi con pubblico esame non aveva ottenuto l’approvazione dei Maestri di Salerno, approvazione che doveva essere documentata da lettere testimoniali e riapprovata dal Gran Cancelliere che, solo, poteva assegnare i gradi accademici. Federico fissò inoltre, con le Costituzioni Melfitane emanate nel 1231, il corso degli studi medici in 5 anni, che dovevano essere preceduti da 3 anni di logica e seguiti da 1 anno di Pratica, sotto la guida di un maestro abilitato”⁷. Da allora viene determinata quella durata di sei anni per il corso di medicina che diventerà definitiva in Italia dal XX secolo.

Ma Ruggiero e Federico sono sovrani, non medici che trasmettano la propria conoscenza e la propria arte ad un discepolo. Il primo aspetto davvero rivoluzionario del passaggio di millennio è, dunque, la istituzionalizzazione: al termine del percorso di studi e di pratica, per la prima volta nella storia, viene fornito allo studente

un attestato, una patente, che renda a tutti nota la sua acquisita competenza. Ed è l’autorità statale che compie un tale riconoscimento: una sorta di primordiale garanzia della qualità della preparazione.

Ciò porta e, in qualche modo, serve anche a differenziare il medico patentato, quello che ha studiato nelle *Scholae*, dal medico ciarlatano, quello che gira di piazza in piazza, di paese in paese, ed è costretto a parlare in continuazione per convincere eventuali pazienti ad affidarsi alle sue cure.

Parimenti interessante il secondo aspetto di quel radicale cambiamento, che viene solitamente indicato come ‘rivoluzione testuale’: tutti gli studenti delle singole scuole, di Salerno o di Montpellier, di Padova o Parigi o Bologna, studiavano sui medesimi testi. E studiavano fondamentalmente le arti del trivio e del quadrivio cioè, per il primo gruppo, dette *artes sermocinales*, la grammatica, la retorica (anche se per il medico è meglio il silenzio e quindi lo studio della filosofia, che si accompagnerà alla medicina fino ai primi decenni del 1900) e la dialettica; per il secondo gruppo, dette *artes reales*, l’aritmetica, la geometria, l’astronomia e astrologia e la musica. Ovviamente, un medico deve saperne di grammatica: deve saper parlare bene; e poi deve saper argomentare e persuadere e quindi la dialettica e la retorica; e deve avere un proprio spessore culturale, per cui la filosofia. E ancora deve saper fare di conto e avere il senso delle proporzioni, e quindi l’aritmetica e la geometria; deve conoscere gli influssi astrali e deve saperne di musica. Ma l’anatomia? La fisiologia, la patologia? Nulla di tutto questo⁸, per cui spesso capitava che il medico ciarlatano fosse più utile, nella pratica, del medico patentato: poteva essere in grado, ad esempio, di ridurre una lussazione di spalla con maggiore facilità rispetto a chi aveva più o meno a lungo studiato presso le scuole. Un quadro simile può apparire paradossale e, forse, in parte lo è; eppure è esattamente quanto si è verificato per oltre due secoli tra il 900 ed il 1200.

² “[giuro] di ritenere colui che mi ha insegnato quest’arte alla pari dei miei genitori e di aver con lui comunanza di vita e nelle sue necessità di fargli parte del mio; e che la stirpe sua giudicherò alla pari di fratelli in linea maschile e che insegnerò loro la quest’arte nel caso che vogliano istruirsi senza onorario ed impegno scritto” (*ibidem*).

³ Flavio Magno Aurelio Cassiodoro (485-580), successore di Severino Boezio alla corte di Teodorico, fu consigliere e cancelliere del re nonché il compilatore delle sue lettere ufficiali e dei provvedimenti di legge; nel 553, al termine della guerra gotica, si stabilì in via definitiva presso la nativa Squillace, dove fondò il monastero di Vivarium con la annessa biblioteca.

⁴ Angeletti L.R., Gazzaniga V., Storia, filosofia ed etica generale della medicina, Elsevier Masson, Milano 2008, p. 62.

⁵ *Ibidem*.

⁶ Angeletti L.R., Gazzaniga V., Storia cit., p. 63.

⁷ Bernabeo R.A., L’arte della Medicina da empirismo a scienza applicata, Società Editrice Esculapio, Bologna 1986, pp. 83-84.

⁸ In realtà Federico, sempre nelle Costituzioni di Melfi, aveva sì reso formalmente “obbligatorio lo studio dell’Anatomia, per 1 anno, come preparazione chirurgica” (*ibidem*) ma la visione dominante, conforme alla lettura alto-medievale del Cristianesimo, che guardare e toccare i corpi fosse peccaminoso e ‘aprirli’ fosse sacrilego rallentò fino a fermare qualunque velleità di concreto studio anatomico fino al Rinascimento.

La formazione del medico in epoca preunitaria nel meridione d'Italia

Non meno paradossale la preparazione del medico nel Meridione d'Italia in epoca preunitaria, quando bastava seguire gli stessi corsi, sostanzialmente sempre uguali, per un paio di anni per poi passare a discutere la tesi ed acquisire il titolo. Titolo talmente svilito, anche nella stima popolare, che persino alcuni medici importanti non furono mai formalmente laureati.

Nel loro interessante lavoro della metà degli anni Ottanta De Pascale e Savorelli riportano la citazione di una nota di Angelo Camillo De Meis⁹ che l'olandese Jacob Moleschott¹⁰ inserì nel testo della sua commemorazione di Salvatore Tommasi¹¹:

“Prima di tutto devo dirvi che a Napoli la forza dell'insegnamento era tutta negli studii privati. Insegnava chi voleva senza bisogno di titoli, di concorsi, di esami, e senza il permesso di nessuno. Un piccolo avviso, affisso alla porta dell'Ospedale degli Incurabili, era tutto quel che si richiedeva. Tal dei Tali comincerà il suo corso di medicina il giorno tale, ora tale. Ecco tutto. E in quell'ora appunto, nella propria casa, egli dava principio alle sue lezioni. Una piccola bigoncia serviva di cattedra, posta talvolta sotto l'architrave di un uscio fra due grandi stanze, piene di studenti, due o trecento e più ancora. L'insegnante o Maestro, per lo più detto Lettore all'antica, era egli solo con qualche eccezione tutta una Facoltà: faceva in un anno tutto il corso medico. La lezione si faceva tutti i giorni: cominciava alle sette del mattino e terminava alle nove. Prima la medicina Pratica (Patologia Speciale), poi la Patologia Generale, all'ultima ora la Fisiologia nell'inverno e la Materia Medica nell'estate. Alle nove lo studente dalla casa del Lettore passava all'Ospedale degli Incurabili, per assistere, anche se di primo anno, alla visita degli ammalati, e ciascun medico si sentiva in obbligo di dare le sue spiegazioni sulla malattia e sul metodo di cura da lui adottato, anche se non ci fosse che un solo studente. Or questa era la vera clinica. Più tardi, verso le undici, i giovani andavano alla lezione di Anatomia, fatta da un Lettore privato, che era un medico o un aiutante dello Spedale, che aveva diritto ad una stanza che gli serviva di teatro anatomico, ed ai cadaveri per la lezione, che in

quell'immense ospedale non mancavano mai. Il corso del Lettore cominciava esattamente il 5, al più tardi il 6 di novembre e terminava verso il 15 d'agosto. Lo studente pagava al Lettore una piastra al mese (poco più d'uno scudo) e tornava a udire uno o due anni ancora la stessa serie di lezioni. Dopo di che prendeva all'Università la Laurea, di cui per altro si faceva beffe; e non la prendeva sempre, e nessuno gliela domandava. Più d'un professore, fra gli altri il Lanza, non fu mai laureato”¹².

Nota che trova amara sintesi nell'icastica battura sempre di De Meis “L'Università? L'Università era come se non ci fosse. Ci andava chi voleva; e, per lo più, nessuno”¹³.

Per maggiore chiarezza Maurizio Torrini spiega: “Certo, come ricorderà ancora il Settembrini, i giovani, rifiutando l'insegnamento dettato dal potere politico, «correvano da i migliori e di maggior grido». Ognuno insegnava come voleva: «metodo libri, sistema, ognuno aveva il suo». Ma questo apparente trionfo della libertà e dell'iniziativa individuale, comune a docenti e discenti, nascondeva, si è detto, la vacanza delle istituzioni e della società, anzi, la loro indifferenza. In taluni casi, in taluni periodi, esso costituì, nel '600 e nel '700 la possibilità di aprirsi a nuovi apporti e a nuove riflessioni, consentì nel disinteresse del potere politico e istituzionale di tessere accademie e circoli privati, di dare spazio a discussioni e a pubblicazioni altrove ostacolate o vietate, riuscì talvolta a fare di una debolezza una forza, seppur spesso provvisoria. Una circostanza che sembrava ripetersi ancora all'inizio dell'Ottocento, con quell'«intervallo di tolleranza» di cui parla Francesco De Sanctis a proposito dell'inizio del regno di Ferdinando II. Tuttavia nelle coincidenti denunce di De Meis e Settembrini è già dato di cogliere un accento diverso, perché se quella libertà dalle istituzioni consentirà di discutere oggi di Gioberti e domani di Hegel, nel campo delle scienze quella medesima libertà non poteva surrogare la mancanza di laboratori e di istituti di ricerca”¹⁴.

⁹ Si legga, per la opportuna conoscenza del personaggio, la voce: Tessitore F., DE MEIS, Angelo Camillo in Dizionario Biografico degli Italiani Treccani, vol. 38, 1990 (https://www.treccani.it/enciclopedia/de-meis-angelo-camillo_%28Dizionario-Biografico%29/).

¹⁰ Si veda, per la opportuna conoscenza del personaggio, la voce: Gissi A., MOLESCHOTT, Jacob in Dizionario Biografico degli Italiani Treccani, vol. 75, 2011 ([https://www.treccani.it/enciclopedia/jacob-moleschott_\(Dizionario-Biografico\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/jacob-moleschott_(Dizionario-Biografico)/)).

¹¹ Si veda, per la opportuna conoscenza del personaggio, la voce Tommasi, Salvatore in Enciclopedia on line Treccani (<https://www.treccani.it/enciclopedia/salvatore-tommasi/>).

¹² De Pascale C., Savorelli A., L'archivio di J. Moleschott (con documenti inediti e lettere di E De Sanctis, S. Tommasi, A.C. De Meis), «Giornale critico della filosofia italiana», 1986, vol. II, p. 245-246.

¹³ Torrini M., La medicina a Napoli nel periodo preunitario in A. Armone Caruso, A. Del Prete (a cura di) La nascita dell'Oculistica campana, Giannini Editore, Napoli 2005, p. 49.

¹⁴ *Ibidem*, p.50.

La formazione del medico nella storia più recente

E, per venire ad una storia ormai solo relativamente più recente, nel 1977 mi immatricolai nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'allora Seconda Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Napoli, poi diventata l'unica facoltà medica dell'Università di Napoli Federico II mentre la Prima Facoltà di Medicina passava con la nascente Seconda Università di Napoli, di recente divenuta Università della Campania "Luigi Vanvitelli".

Al mio ingresso fui subito posto dinanzi ad una scelta, almeno dal punto di vista formale: era diritto dello studente e, al contempo, suo obbligo istituzionale, quindi suo dovere, scegliere il piano di studi che desiderava seguire. Era, in effetti, un ultimo retaggio del Sessantotto, le cui giuste critiche e proteste avevano, d'altro canto, sortito anche qualche effetto paradossale, come quello di poter immaginare un percorso di laurea in Medicina senza lo studio, ad esempio, della Clinica medica. A parte questa palese bizzarria, c'era la possibilità, ad esempio, di seguire un percorso maggiormente caratterizzato dalle materie di diagnostica di laboratorio o un altro per la diagnostica e la terapia psichiatrica. Ma era ovvio che il piano di studi preferito dalla maggioranza degli studenti, in quanto forniva la maggiore apertura culturale, fosse quello indicato come 'tradizionale': un percorso chiaro di formazione, che si potrebbe ragionevolmente paragonare ad una ascesa lungo una scala¹⁵.

Sugli scalini di base, le materie formative iniziali (Chimica e Fisica, Biologia, Istologia ed Embriologia); e poi, via via, i fondamenti della struttura e del funzionamento del corpo umano sano con l'Anatomia, la Biochimica e la Fisiologia, per passare alle basi della patologia con la Microbiologia e la Patologia generale, il primo studio della eziopatogenesi: cause e meccanismi della patologia¹⁶. Veniva poi, al quarto anno, la Patologia Medica, quella che Domenico

Cirillo¹⁷ aveva letteralmente inventato come materia nuova, in cui far confluire tutte le osservazioni, le attività diagnostiche e i tentativi terapeutici delle affezioni non chirurgiche. Accanto a questa, come ovvio, la Patologia chirurgica. Seguiva lo studio della Farmacologia e l'inizio delle esperienze specialistiche che servivano a completare le conoscenze indispensabili per il medico: le varie cliniche, dalla Dermosifilopatica all'Otorinolaringoiatrica, dalla Neurologica alla Psichiatrica, dall'Odontoiatrica all'Oculistica all'Ortopedica. Emblematico del senso didattico che tali insegnamenti avevano è il titolo del testo di Oculistica: "L'oculistica che tutti i medici dovrebbero conoscere"¹⁸. Il percorso proseguiva con l'Anatomia ed Istologia patologica, l'Igiene e la Medicina legale, affiancate dallo studio dell'ambito materno infantile, con le Cliniche ostetrico-ginecologica e pediatrica, e si concludeva con la Radiologia e con la ripresa delle patologie mediche e chirurgiche arricchite della loro terapia nella Clinica Medica e Clinica Chirurgica.

Ma già nel 1982 quella scala così apparentemente ordinata venne stravolta inizialmente da una sperimentazione e poi dalla prima riforma dell'ordinamento didattico riportata nella Tabella XVIII allegata al DPR n. 95/1986 "Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente al corso di laurea in medicina e chirurgia"¹⁹. Tra i cambiamenti più radicali la patologia medica e la patologia chirurgica venivano 'smembrate' nelle loro singole componenti: malattie infettive, malattie professionali, avvelenamenti e tossico-dipendenze, reumatologia, nutrizione, pneumologia, nefrologia, gastroenterologia, epatologia, ematologia, cardiologia, angiologia, endocrinologia e allergologia, oncologia e così via per la parte medica; urologia, chirurgia toracica, cardiocirurgia, chirurgia addominale, endocrinocirurgia, chirurgia oncologica, senologia chirurgica, chirurgia plastica e così via per la parte chirurgica. I contenuti di conoscenza specialistica si andavano oggettivamente moltiplicando con la necessità per lo studente di medicina di padroneggiare una mole crescente di informazioni ma con l'innegabile rischio che ciascun docente richiedesse una preparazione solo appena sub-specialistica nella propria materia.

¹⁵ La metafora della scala ritorna nelle attuali riflessioni su una eventuale rimodulazione della proposta formativa: si parla di scala a chiocciola quando si procede non tanto per nozioni e informazioni disciplinari quanto in modo topografico, potremmo dire con Leonardo, vale a dire distretto per distretto o sistema per sistema.

¹⁶ "Patologia generale non vuol dire solo una materia da studiare. Patologia generale è una forma mentis; è un metodo di ricerca; è la sistematizzazione del tentativo della specie umana di rispondere alle domande 'perché' e 'come', applicate allo specifico della salute e della malattia; è, come sinteticamente e scolasticamente si dice, lo studio dell'eziopatogenesi, lo studio delle cause (il perché) e dei meccanismi (il come) delle malattie. E la definizione stessa di malattia, come storicamente si è andata specificando, non può prescindere da questi due elementi: causa e meccanismo; senza dei quali oggi neppure è concepibile parlare di malattia" (Villone G., Cenni di storia della Patologia Generale in B. Moncharmont, L. Altucci, G. Berton, L.A. Stivale, a cura di) Patologia Generale, Idelson-Gnocchi, Napoli 2019, p. XXIII.

¹⁷ "... (1739-1799) ... propugnatore della riforma delle istituzioni assistenziali e delle prigioni, insegnò a Napoli Fisiologia e Patologia Medica" (Bernabeo R.A., L'arte cit., p. 158).

¹⁸ Bonavolontà A., Greco G., Bonavolontà G., Idelson, Napoli 1981.

¹⁹ Il primo articolo recita "La tabella XVIII concernente l'ordinamento didattico del corso di studi per il conseguimento della laurea in medicina e chirurgia, annessa al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1652, nonché le successive modificazioni ad essa apportate da fonti regolamentari, sono sostituite dalla nuova tabella XVIII annessa al presente decreto".

Gli esami si moltiplicarono al punto da far parlare del Corso di Laurea in Medicina come di un 'esamificio'.

Sorgeva al contempo l'esigenza di confrontarsi con i percorsi di preparazione all'esercizio della medicina attivi nei Paesi europei e negli Stati Uniti e ben presto ci si rese conto della non marginale difficoltà di tradurre tempi e contenuti diversi in una reciproca riconoscibilità, anche in vista della sempre più libera circolazione dei 'camici bianchi' per lo meno nell'ambito dell'Unione europea²⁰.

Si cercò, allora, un minimo comun denominatore; con linguaggio mutuato dall'ambito bancario e finanziario si cominciò a parlare in termini di crediti o debiti formativi. L'unità di misura dell'impegno didattico del docente e del lavoro di apprendimento dello studente divenne il CFU²¹ (appunto, credito formativo universitario), parametrato in venticinque ore di lavoro, di cui una parte sotto forma di lezioni frontali o di esercitazioni o di laboratori ed una parte di studio personale dello studente²².

Si è deciso che per fare un medico servono 360 CFU distribuiti in sei anni per un totale di 9000 ore di lavoro e 36 esami. Ma già questo solo parametro è realistico? Davvero è credibile l'impegno richiesto ad uno studente, ad esempio, da un corso di 3 CFU, che veda 10 ore per CFU di lezioni frontali, per un totale di 30 ore, e che, quindi, prevede uno studio personale di 45 ore, cioè meno di 6 giorni per 8 ore quotidiane? Del resto, 15 ore di studio personale per i 360 CFU significano 5.400 ore, che, diviso per un impegno giornaliero teorico di 8 ore, porta a 675 giorni, meno di due anni o al più, scendendo a quattro ore di studio al giorno, meno di quattro anni! È evidente che ci troviamo dinanzi ad un parametro teorico non confrontabile con la realtà della formazione dello studente che deve apprendere metodi e nozioni e insieme imparare a diventare ed essere medico.

Per contemperare lo spirito 'specialistico' della Tabella XVIII e quello 'internazionalistico' dei CFU si sono inventati i corsi integrati, in cui, nella maggior parte dei casi, allo stato, confluiscono materie differenti, con il tentativo, laddove meglio e laddove peggio riuscito, di creare dei ponti interdisciplinari in una formazione relativamente unitaria. Nessuno lo dice (ma perché poi?) ma il tutto si traduce, all'atto della didattica valutativa, in tanti esami quanti sono i singoli corsi, le singole materie che compongono i corsi integrati. Come immaginare realisticamente, ad esempio, che il docente di chirurgia addominale e quello di anesthesiologia, che insistono sul medesimo corso integrato, pongano domande combinate ed interdisciplinari allo studente? O non sarà, piuttosto, che lo studente si siederà prima dinanzi all'uno e poi all'altro, sostenendo due esami, fosse pure nel medesimo giorno? Per altro, con l'obbligo formale di dover ripetere l'intero blocco di esami se non dimostra una preparazione sufficiente in tutte le materie del corso integrato.



²⁰ Il primo tentativo concreto di armonizzare i sistemi di istruzione universitaria in Europa risale al 1999 con la Dichiarazione di Bologna, sottoscritta da ventinove ministri in rappresentanza di altrettanti Paesi: si avviarono la comparazione e lo scambio interculturale tra studenti, docenti ed amministrativi delle Università e si 'inventò' la suddivisione dei percorsi di laurea in due cicli: uno triennale, immaginato più direttamente utile per il mercato del lavoro, e uno biennale, specialistico.

²¹ Per meglio comprendere il sistema di cumulo e trasferimento crediti cfr. *Atack P.*, What is the European Credit Transfer System (ECTS)? (<https://www.study.eu/article/what-is-the-ects-european-credit-transfer-and-accumulation-system>), 2022.

²² Come stabilito dall'art. 5 del D.M. n. 270/2004.

L'esigenza di una formazione "unitaria" del medico italiano

Oggi sempre più si fa pressante l'esigenza di una formazione 'unitaria' del medico italiano, se non europeo o addirittura occidentale. Ciò non solo nel senso delle nozioni che rappresentano i contenuti di informazione delle singole materie e dei singoli corsi bensì anche e soprattutto nel senso del metodo. Che uno studente del primo anno apprenda un'impostazione critica e auto-critica è persino più rilevante che egli ricordi, ad esempio nel suo esame di Biologia cellulare, tutti i singoli mediatori di un pattern di signaling intracellulare. In qualche modo ritorna l'istanza di una nuova 'rivoluzione testuale' questa volta non fatta soltanto di libri e materie bensì, appunto, di metodi da condividere tra le varie sedi.

Con la finalità generale sopra riportata si sono fatte varie proposte di organizzazione dei piani di studio. Una, senza dubbio di grande interesse teorico, è quella che ipotizza di seguire come 'dorsale' le singole materie specialistiche e di inserire in questo contesto la trattazione di struttura, fisiologia, patologia, diagnostica e terapia. Il pro di una simile impostazione starebbe in una unitarietà di oggetto: ad esempio, se si affronta la cardiologia, il docente di istologia tratterà il tessuto muscolare cardiaco e il tessuto di conduzione, il docente di anatomia la struttura del cuore, il docente di biochimica i processi bioenergetici sottesi al lavoro del cuore, il docente di fisiologia i suoi meccanismi di funzionamento, il docente di anatomia patologica le alterazioni della struttura e dell'istologia cardiaca, il farmacologo i principi di terapia medica delle affezioni cardiache, il cardiologo la gestione delle patologie mediche che interessano il cuore ed il cardiocirurgo quelle di pertinenza chirurgica. Il contro sta nella mancanza di un raccordo unitario sulla persona del paziente: lo studente, in ipotesi, farebbe al secondo anno la cardiologia e al quarto la neurologia ma quando studierebbe i nessi tra cuore e cervello? Non si corre ancora una volta il rischio di un riduzionismo spinto del paziente a somma di organi, di cui ciascuno ha il proprio funzionamento o malfunzionamento, con perdita della visione di insieme?

Se si riflette bene, per giungere ad una visione di insieme, l'impostazione del corso e persino delle domande di esame seguita da Alfred Tenore²³ è forse la più educativa, la più utile per lo

studente: "hai un bambino di quattro anni con la febbre a 38,5°C ...". Nessun medico, nessun pediatra, vedrà mai una fibrosi cistica o una celiachia, per il semplice motivo che non esiste la celiachia o la fibrosi bensì esistono i singoli celiaci o fibrotici. Il medico non potrà, nella realtà concreta della sua esperienza e non nell'astrazione dell'esame, se non partire dal sintomo del quale il paziente si lamenta e da lì dovrà applicare il metodo dell'indice di sospetto²⁴ per giungere ad una ipotesi diagnostica e, conseguentemente, ad una proposta terapeutica.

E l'obiettivo della formazione del medico non può se non essere l'educazione piuttosto che l'istruzione. Chiara fin dall'etimologia la differenza: l'istruzione prevede che il maestro inserisca dall'esterno nozioni nel discepolo, che proponga informazioni ai discenti; l'educazione, invece, che faccia fuoriuscire dai discenti proposte e concetti. Michelangelo educava il marmo e ne faceva uscire la Pietà: come se dentro di questo già ci fosse l'opera; in realtà l'opera è completamente frutto del genio dell'artista ma il marmo deve essere della qualità giusta. Il docente deve mettere lo studente nelle condizioni di imparare come se dovesse a sua volta insegnare ad altri, spiegare a sua nonna quanto ha capito, per mutuare da un celebre aforisma di Einstein.

Per fare crescere la competenza e la essenza (sapere ed essere) del medico in formazione (questo, e null'altro che questo, deve essere per un docente lo studente di medicina, fosse anche al primo anno) risulta indispensabile una proficua interazione docente/discente con un feed-back in cui lo studente restituisce i contenuti che il docente gli propone arricchiti da una 'metabolizzazione' critica. Parimenti indispensabile che ciascun docente si chieda se i contenuti che propone siano adeguati alla formazione del medico di domani, a formare, cioè, quel medico che lo curerà se starà male.

²³ Avellinese di nascita, 'americano' di formazione, si laurea in Biologia negli Stati Uniti e in Medicina in Italia, diventa pediatra e lavora presso l'allora Seconda Facoltà di Medicina dell'Università di Napoli per passare a Udine, dove dirige la locale Pediatria universitaria organizzando un reparto esemplare, che contempera in modo ottimale le esigenze della formazione con quelle dell'assistenza del corso e persino di pazienti che va dai neonati ai diciottenni. Presidente del Corso di laurea in Medicina diventa stabile punto di riferimento della Conferenza permanente in ambito di pedagogia medica.

²⁴ Questo consiste nel mettere in ordine di frequenza le possibili cause di un sintomo. Classico l'esempio di una zoppia in un bambino di cinque anni; molto probabile che il sintomo sia conseguenza banale di un trauma minore dovuto a un 'incidente' di gioco, ma non si può dimenticare che una zoppia può essere sintomo di una malformazione di anca o di ginocchio ma persino sintomo di esordio di un osteosarcoma o di una leucemia. Palese che la frequenza di tali cause sia, fortunatamente, non comparabile ma, ciononostante, il medico deve avere nella sua mente questa sorta di mappa concettuale che gli permetta da un lato di non allarmare inutilmente ma dall'altro di non sottovalutare superficialmente quanto constatata.

Che medico vogliamo, allora? L'obiettivo è di formare un uomo colto e curioso, scientificamente aggiornato, tecnicamente preparato, attento nell'ascolto, affidabile nella proposta diagnostica e terapeutica e nella visione d'insieme del paziente, capace di interagire con i colleghi e le altre professionalità sanitarie con mentalità aperta e atteggiamento interdisciplinare, qualunque sia la sua specializzazione e qualunque sia il motivo che abbia condotto il paziente ad incontrarlo.

L'obiettivo è, ancora, quello di chiudere un cerchio: fino a un passato anche relativamente recente²⁵ il medico incontrava un paziente; poi, soprattutto dalla seconda metà del secolo scorso, per l'incremento esponenziale delle conoscenze e delle tecnologie, il paziente è stato, per così dire, 'scomposto' nei suoi organi ed apparati ma, ormai da ben oltre un decennio e per lo meno in ambito occidentale²⁶, il paziente stesso sente l'esigenza di essere visto in modo unitario e in tale direzione oggi si sta spostando persino la formulazione del nuovo codice deontologico da parte dell'Ordine dei Medici²⁷.

Per raggiungere questo complesso obiettivo, quale percorso formativo appare più adeguato?

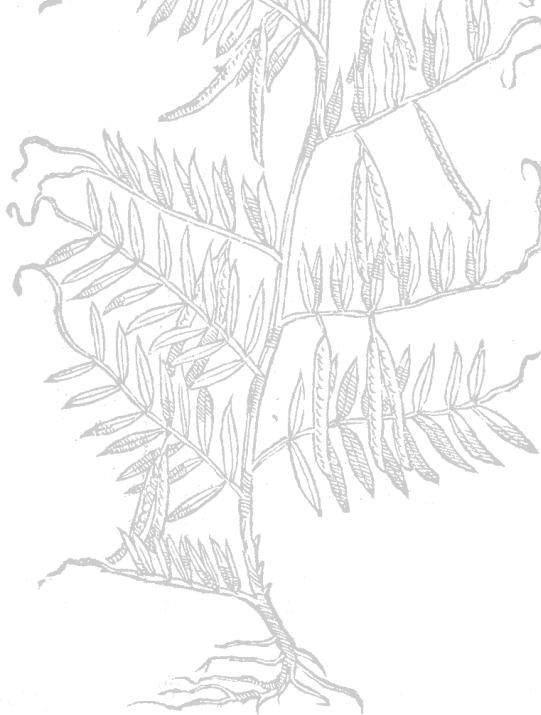
²⁵ Lettura interessante a riguardo è Zuppa D., Per la riscossa dei medici condotti della provincia di Benevento (lotte e polemiche), Tipografia L. Di lauro, Napoli 1936, in cui sono raccolte testimonianze del decennio 1912/1922. Il medico condotto era la suprema (e quasi sempre unica) autorità sanitaria di moltissimi paesi italiani; a lui si rivolgevano le persone (il più delle volte chiamandolo al loro domicilio) per lamentare sintomi ma soprattutto per narrare di loro e cercare in quella sorta di confessore laico comprensione e conforto. Con pochi mezzi e con grande sensibilità la gran parte dei medici condotti riusciva, comunque, ad aiutare concretamente i propri concittadini. Solo ora si sta riscoprendo il valore 'terapeutico' della cosiddetta medicina narrativa, grazie alla quale viene raccolta una copiosa messe di notizie sul paziente e la sua famiglia, cosa che permette di comprendere meglio genesi ed evoluzione di quanto lamentato e di intervenire in senso terapeutico o comunque di cura, nel senso pieno di presa in carico, e già questo aiuta il paziente, in certo qual modo, a stare meglio.

²⁶ "Ciò significa probabilmente che, giunti [in Occidente] ad un livello di benessere diffuso, risolti generalmente i problemi fondamentali della qualità minima di vita ed in una realtà nella quale i progressi della tecnologia applicata alla medicina sono tali da rendere possibile quanto solo pochi anni prima appariva inimmaginabile, si sente l'esigenza di andare verso sistemi medici che privilegiano altri valori e che coinvolgano in certo modo non solo la fisicità bensì anche la spiritualità sia del medico che dei suoi pazienti" Villone G., L'Ayurveda e il suo tempo, In E. Iannaccone Ayurveda, La scienza della pienezza della vita. Un antico insegnamento sulla Medicina, Tecniche Nuove, Milano 2002, pp. 1-2.

²⁷ Con una impostazione che, per riassumere dalle prime esposizioni di quanto tra breve verrà reso pubblico, pone l'accento soprattutto sull'essere medico' dando spazio alla tutela dei diritti (dalla salute all'autodeterminazione), con un rinnovamento di paradigma: da medico della malattia a medico della persona, in grado anche di gestire gli 'aiuti' che gli possono venire dall'intelligenza artificiale.

Cosa deve sapere un medico? Ma soprattutto come deve essere un medico? Un giovane laureato in Medicina che esca dalla Harvard Medical School è diverso da uno che esca dalla Iowa University? Ed uno che esca dall'Università del Molise è diverso da uno che esca dall'Università di Salerno o di Montpellier? Ci piacerebbe tanto poter dire che un medico è un medico dovunque si sia formato; ma sarebbe, poi, vero? E allora come fare per raggiungere questo obiettivo? Chi, come me, pur medico, si occupa di Storia della Medicina vede le domande come l'indispensabile stimolo alla riflessione ma, quando si accettano certe responsabilità, gioco-forza, dalle *questiones* si deve almeno cominciare a passare alle *propositiones*.

Nel 1976 John Miles pubblicò la canzone Music²⁸, i cui primi quattro versi dicono "*Music was my first love / And it will be my last / Music of the future / And music of the past*". Anche in Medicina, allora, potrebbe avere senso guardare a percorsi formativi anche del recente passato per cercare di inventare (forse anche nel senso etimologico latino di 'trovare') una via comune sulla quale instradare gli studenti del futuro.



²⁸ Primo brano dell'album Rebel per la Decca, London.

I nuovi paradigmi della formazione del medico in Italia, una proposta

Il passaggio tra l'anno accademico 2015/2016 e l'anno accademico 2016/2017 rappresenta il cambio di paradigma nella proposizione del cosiddetto 'core-curriculum' di Medicina, vale a dire di quelle informazioni e competenze che il medico in formazione (come si è detto che è corretto guardare agli studenti di medicina) non può non raggiungere, qualunque sia la sede accademica italiana in cui sta studiando. Tale cambio risiede nel fatto che i singoli contenuti non vengono più tanto inquadrati nelle materie di pertinenza bensì vengono individuate delle unità didattiche elementari (UDE) con i relativi gradi di conoscenza, di competenza e di abilità. Eppure anche questa visione appare ormai da rivedere alla luce delle nuove aperture del mondo della medicina sia verso quello delle tecnologie informatiche (si pensi all'uso dell'intelligenza artificiale in diagnostica e persino nell'inquadramento dei trattamenti medici e nelle simulazioni preparatorie di quelli chirurgici) e della bioingegneria (si considerino le potenzialità protesiche e riabilitative) sia verso un recupero delle radici umanistiche ed antropologiche con la riproposizione di una visione evolutivista tale da definirsi 'medicina darwiniana'.

Un altro passaggio cruciale è la recentissima unificazione della laurea in medicina e chirurgia e dell'abilitazione all'esercizio della professione a partire dalla cesura data dalla pandemia di Covid-19²⁹. Si rinsaldano in tal modo anche i rapporti tra l'Accademia con il suo compito di formazione e l'ambito professionale extra-accademico rappresentato dall'Ordine. Nasce, di conseguenza, l'esigenza di rendere gli studenti sempre più coscienti dei percorsi deontologici condivisi dagli esercenti la pratica medica con uno sguardo sempre meno centrato sulla malattia e sempre più sulla persona.

Risulta chiaro il contestuale movimento di spostamento del focus: nella formazione universitaria dal docente allo studente, nella pratica clinica dalla malattia alla persona, nella società dalla salute umana alla salubrità della biosfera.

In un tale composito contesto anche una realtà di dimensioni contenute come quella del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università del Molise, forse proprio in virtù di queste dimensioni, può candidarsi a diventare laboratorio di trasformazione e aggiornamento della didattica in medicina in costante confronto con le altre sedi.

È già in programma una revisione del piano di studi, ancora basato sulla organizzazione disciplinare, che ricalchi in qualche maniera il modello a scala del passaggio tra gli anni Settanta e Ottanta del secolo scorso con l'inserimento di una consistente impronta iniziale di Medical Humanities e successive proposte di attività didattiche elettive (ADE) ovvero, per dirla alla molisana, di attività formative a scelta dello studente (AFASS) che includano anche i 'nuovi settori' a forte componente tecnologica. Pronti a lavorare per reimpostare l'organizzazione didattica nel caso appaia ragionevolmente più fruttuoso un altro metodo in corso di studio e di valutazione in un'ottica di apertura alla sperimentazione e all'adattamento della proposta formativa all'evoluzione delle esigenze della medicina del futuro.



²⁹ Ho avuto personalmente la ventura di essere l'ultimo presidente di una commissione giudicatrice degli Esami di Stato per l'Abilitazione all'esercizio della Professione di Medico Chirurgo presso l'Università degli Studi del Molise per la seconda sessione dell'anno 2019; la prova scritta, a seguito delle valutazioni dei tre tirocini in area medica, in area chirurgica e in medicina generale territoriale, era programmata per il 28 febbraio 2020 ma venne prima rinviata per le misure di contenimento della diffusione della Covid-19 al 7 aprile 2020 e poi abolita ex art. 102 comma 3 del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020.

Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie triennio 2022-24: le sue basi storiche e gli impegni prioritari.

Permanent Conference of Health Professions Degree Classes triennium 2022-24: its historical foundations and priority employments.

Alvisa Palese, Angelo Mastrillo, Federico Fonda, Anna Berardi, Giuseppina Bernardelli, Anita Bevilacqua, Consuelo Borgarelli, Marco Carotenuto, Ignazia Casula, Marco Cavallini, Elisabetta Cenerelli, Silvia Chiesa, Sofia Colaceci, Paolo Contu, Vincenzo Cuccurullo, Giuliana D'Elpidio, Stefano Da Dalt, Alberto Dal Molin, Roberto De Ponti, Marco Deiana, Elsa Del Bo, Federica Di Berardino, Valerio Dimonte, Lorenza Driul, Fiorella Maria Luisa, Maria Elena Flacco, Dario Fortin, Simona Fumagalli, Laura Furri, Tiziana Galai, Giovanni Galeoto, Caterina Galletti, Roberto Gatti, Mario Giannoni, Valentina Genovese, Mirka Griogoleto, Silvia Guidi, Loreto Lancia, Roberto Latina, Antonella Luparia, Emidio Paolo Macchia, Silvia Mancioffi, Maria Matarese, Daniela Mecugni, Lorenzo Mercurio, Gianna Maria Nardi, Antonella Nespoli, Marco Palmieri, Donatella Panatto, Marco Paoloni, Alfonso Papparella, Matteo Maria Parrini, Mariagrazia Perilli, Paolo Pillastrini, Elisabetta Pilotto, Luca Pingani, Livia Pisciotta, Alberto Priori, Giulia Purpura, Daniela Rizzo, Anna Maria Riveccio, Monica Rizzati, Luisa Romanò, Rita Roncone, Fabiana Rossi, Michela Rossini, Carmela Russo, Clea Sacchetti, Gilda Sandri, Antonio Schindler, Marco Testa, Marco Trucco, Alessandro Versetti, Marilena Vitale, Donatella Valente, Luisa Saiani*

*Componenti della Giunta della Conferenza, anno 2022-24

Riassunto

La Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni sanitarie nata nel 1997, riunisce oggi 46 Atenei, 760 Corsi di Laurea, 91 Corsi di Laurea Magistrale per un totale di oltre 70,000 studenti con finalità di: (a) perseguire il miglioramento continuo dei percorsi formativi di ciascun Corso di Laurea; (b) coordinare lo sviluppo delle attività formative, promuovere lo studio delle problematiche specifiche di ogni singolo Corso di Laurea, l'elaborazione integrata di tematiche trasversali e la formazione dei formatori; (c) promuovere i rapporti e la collabora-

zione fra Università, Servizio Sanitario e Professioni per il conseguimento degli obiettivi culturali, pedagogici, didattici, di orientamento, di programmazione e di valutazione connessi con i Corsi di Laurea. Le ultime elezioni delle diverse cariche che si sono tenute nel Meeting annuale della Conferenza hanno dato l'occasione di sistematizzare la storia della Conferenza, individuare gli sforzi condotti sino ad ora per lo sviluppo della qualità dei corsi di studio, e le priorità per il prossimo triennio.

Abstract

The Permanent Conference of the Degree Classes of the Healthcare Professions, born in 1997, today brings together 46 Universities, 760 Degree Courses, and 91 Master's Degree Courses for a total of over 70,000 students. The aims of the Permanent Conference are (a) pursuing the continuous quality improvement of the education as offered by the Bachelor and Master's Degree Courses; (b) coordinating the development of the educational activities by also promoting the study of the issues of each individual degree

course; (c) promoting the collaboration between Universities, the Health Care Services, and the Professions in order to stimulate and achieve the cultural, pedagogical, didactic, planning and evaluation aims related to the Degree Courses. The last elections of the different positions gave the occasion to systematize the conference's history, identify the efforts made up to now for the development of the quality of the study courses and set the priorities for the next three years.

Parole Chiave

Conferenza, Professioni sanitarie, Formazione superiore, Priorità

Key Words

Conference, Healthcare Professions, Higher education, Priorities.

Introduzione

Nel giugno 2022, presso l'Università degli Studi di Verona, si è svolto il 38° Meeting Annuale della Conferenza Permanente delle Conferenza

Permanente delle Classi di Laurea e Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie. Il primo Meeting risale al lontano 1997, quando i Pro-

fessori Luigi Frati e Giovanni Danieli idearono la Conferenza ritenendo di cruciale importanza istituire un organismo capace di indirizzare e coordinare la nascita e lo sviluppo dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie (Saiani, 2015) (Tabella 1). Nei primi quindici anni furono realizzati due Meeting all'anno, uno in primavera e

uno in autunno. Con la crescita delle attività delle Commissioni Nazionali che svolgono un ruolo importante di indirizzo almeno un Meeting annuale è dedicato ad ogni Corso di studio. L'Assemblea della Conferenza si riunisce una volta all'anno.

1997, 11-12 aprile, Verona, Convegno Nazionale Corsi di Diplomi Universitari di Area Medica
1997, 28-29 novembre, Ancona, Congresso Nazionale, Atto Costitutivo e <u>Elezioni</u>
1998, 21 settembre, Ancona, Conferenza Nazionale
1999, 22-23 gennaio, Siena, Conferenza Nazionale
1999, 1-2 ottobre, Ancona, Conferenza Nazionale, Meeting d'autunno
2000, 6 maggio, Milano, Conferenza Nazionale
2001, 18-19 maggio, Trieste, Conferenza Nazionale
<u>2001</u> , 28-29 settembre, Ancona, Assemblea Conferenza, <u>Elezioni</u>
2002, 17-18 maggio, Siena, Conferenza Nazionale
2002, 4-5 ottobre, Ancona, Conferenza Nazionale
2003, 4-5 aprile, Perugia, Conferenza Nazionale, Meeting di primavera
2003, 3-4 ottobre, Catania, Conferenza Nazionale, Meeting d'autunno
2004, 2-3 aprile, Parma, Conferenza Nazionale, Meeting di primavera
<u>2004</u> , 1-2 ottobre, L'Aquila, Conferenza Nazionale, Meeting d'autunno, <u>Elezioni</u>
2005, 29-30 aprile, Verona, Conferenza Nazionale, Meeting di primavera
2005, 13-14 ottobre, Ancona, Conferenza Nazionale, Meeting d'autunno
2006, 26-27 maggio, Bologna, Conferenza Nazionale, Meeting di primavera
2006, 27-28 settembre, Roma, Conferenza Nazionale, Meeting d'autunno
2007, 20-21 aprile, Alghero, Conferenza Nazionale, Meeting di primavera
<u>2007</u> , 28-29 settembre, Ancona, Conferenza Nazionale, Meeting d'autunno, <u>Elezioni</u>
2008, 9-10 maggio, Napoli, Conferenza Nazionale, Meeting di primavera
2008, 3-4 ottobre, Ancona, Conferenza Nazionale, Meeting d'autunno
2009, 15-16 maggio, Reggio Emilia, Conferenza Nazionale, Meeting di primavera
2009, 16-17 ottobre, Ancona, Conferenza Nazionale, Meeting d'autunno
<u>2010</u> , 14-15 maggio, Chieti, Conferenza Nazionale, Meeting di primavera, Nuovo Statuto, <u>Elezioni</u>
2011, 13-14 maggio, Firenze Conferenza Nazionale, Meeting di primavera
2011, 16-17 settembre, Ancona, Conferenza Nazionale, Meeting d'autunno
2012, 18-19 maggio, Milano Conferenza Nazionale, Meeting di primavera
2013, 13-15 settembre, Ancona, Conferenza Nazionale, Meeting d'autunno
<u>2014</u> , 12-13 settembre, Bologna (S. Domenico), Conferenza Nazionale, <u>Elezioni</u>
2015, 11-12 settembre, Bologna (S. Domenico), Conferenza Nazionale
2016, 23-24 settembre, Bologna (Università Belmeloro), Conferenza Nazionale
2017, 22-23 settembre, Bologna (Università Belmeloro), Conferenza Nazionale
<u>2018</u> , 28-29 settembre, Bologna (Università Belmeloro), Conferenza Nazionale, <u>Elezioni</u>
2019, 13-14 settembre, Bologna (S. Domenico), Conferenza Nazionale
2020, 21 ottobre, Bologna (S. Domenico), Conferenza Nazionale
2021, 23-24 settembre, Roma Sapienza, Conferenza Nazionale
<u>2022</u> , 17-18 giugno, Verona, Conferenza Nazionale, <u>Elezioni</u>

Tabella 1. Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie: dall'istituzione ad oggi

A seguito dell'atto istitutivo, si sono tenute ad Ancona le prime elezioni delle cariche (Tabella 2): in fase iniziale, la struttura della Conferenza prevedeva la Presidenza, la Vicepresidenza, i Segretari ed i Consiglieri Rappresentanti delle Professioni. Con lo sviluppo delle Commissioni Nazionali e l'inserimento dei Docenti dei SSD propri delle professioni, la struttura della Conferenza si è assestata. Ad oggi, la Conferenza prevede: (a) 22 Commissioni Nazionali (tanti quanti sono i profili formativi) a cui afferiscono tutti i Corsi di Studio che eleggono un proprio

Consiglio Direttivo presieduto da un Presidente (tra i Presidenti/Coordinatori dei CdS) e da un Vicepresidente (Coordinatore/Direttore delle attività professionalizzanti) e composto da una rappresentanza di Presidenti/Direttori dei corsi di studio e da Docenti dei SSD dei profili; (b) 5 Commissioni Nazionali dedicate ai Corsi di Laurea Magistrali con la stessa struttura di cui al punto a); (c) la Giunta, composta dai Presidenti, Vicepresidenti delle Commissioni Nazionali e una rappresentanza di Docenti dei SSD e (d) l'Ufficio di Presidenza.

1997, 11-12 aprile, Verona, Convegno Nazionale Corsi dei Diplomi Universitari di area Medica, promosso da Luigi Frati e Giovanni Danieli, insediamento della Conferenza nazionale.

Elezione Comitato Provvisorio:

Presidente Luigi Frati; **Vice Presidente** Antonio Cartisano; **Segretario** Giovanni Danieli; **Referenti Professioni** Silvia Bielli, Enrico Cavana, Daniela Ciuffi, Berta Comitini e Angelo Mastrillo

1997, 28-29 novembre, Ancona, Atto Costitutivo e elezioni Giunta e Consiglio direttivo.

Atto costitutivo:

Notaio Antonia De Luca, sottoscritto da 7 Professori: Boccia Antonio (Roma Sapienza), Pagano Antonio (Milano), Binetti Paola (Roma Campus), Provinciali Leandro (Ancona), Frati Luigi (Roma Sapienza), Del Signore Roberto (Parma) e Danieli Giovanni (Ancona)

Elezioni Consiglio Direttivo: **Presidente** Luigi Frati; **Vicepresidente** Luisa Saiani; **Segretario** Giovanni Danieli; **Consiglieri Presidenti Commissioni:** Giuseppe Gioele Garzetti, Guido Grippaudo, Paolo Marinelli e **Vicepresidenti Commissioni**, Silvia Bielli, Angelo Mastrillo, Adriano Vicarioto

Elezioni Giunta e Commissioni Nazionali:

2001, 28-29 settembre, Ancona, Elezioni Giunta e Commissioni

Presidente Luigi Frati; **Vicepresidente** Luisa Saiani; **Segretario** Giovanni Danieli; **Consiglieri Presidenti Commissioni:** Giuseppe Gioele Garzetti, Guido Grippaudo; **Consiglieri Vicepresidenti Commissioni:** Silvia Bielli, Angelo Mastrillo

2004, 1-2 ottobre, Ancona, Elezioni Giunta e Commissioni

Presidente Luigi Frati; **Vicepresidente** Vicario Valerio Dimonte; **Segretario generale** Giovanni Danieli; **Segretario** Luisa Saiani; **Segretario aggiunto** Angelo Mastrillo; **Consiglieri Presidenti:** Antonio Boccia, Vincenzo Rapisarda, Rita Roncone e Pietro Ruggeri; **Cons. vice Presidenti**, Franco Ascolese, A.Maria Di Paolo, Rosanna Baisi e Fiorella Lauria

2007, 28-29 settembre, Ancona, Elezioni Giunta e Commissioni

Presidente Luigi Frati; **Vicepresidente** Vicario Valerio Dimonte; **Segretario Onorario** Giovanni Danieli; **Segretario Generale** Luisa Saiani; **Segretario Donatella Valente;** **Segretario aggiunto** Angelo Mastrillo; **Consiglieri Presidenti:** Lamberto Briziarelli, Antonio Ambrosini, Fabio Miraldi e Rita Roncone; **Vicepresidenti Commissioni**, Franco Ascolese, Silvia Bielli, Anna Persico e Maurizio Paiero

2010, 13 dicembre 2010, Roma, Elezioni Giunta e Commissioni

Presidente Luigi Frati; **Vicepresidente Vicario** Luisa Saiani; **Segretario Onorario** Giovanni Danieli; **Segretario Generale** Alvisa Palese; **Segretario aggiunto** Angelo Mastrillo

2014, 12-13 settembre Bologna, Elezioni Giunta e Commissioni

Presidente Luisa Saiani; **Vicepresidente** Vicario Adriano Ferrari; **Segretario Generale** Alvisa Palese; **Segretario aggiunto** Angelo Mastrillo

2018, 28-29 settembre, Bologna, Elezioni Giunta e Commissioni

Presidente Luisa Saiani; **Segretario Generale** Alvisa Palese; **Segretario aggiunto** Angelo Mastrillo

2022, 17-18 giugno, Verona, Elezioni Giunta e Commissioni

Presidente Alvisa Palese; **Past President** Luisa Saiani; **Segretario aggiunto** Angelo Mastrillo

Tabella 2. Una sintesi della storia: gli esiti delle elezioni nel tempo

Con la finalità di rinnovare le cariche, nel 2022 si è tenuta a Verona l'ottava elezione delle Commissioni Nazionali e quindi della Giunta della Conferenza. Sono stati eletti 27 Presidenti, 27 Vicepresidenti e 19 Docenti dei SSD specifici delle professioni sanitarie. Si tratta di un rino-

vo importante delle cariche, considerato che dai 62 membri iniziali, oggi la Giunta ne conta 73 (11 in più rispetto al triennio 2018-22) di cui la maggioranza (n=43; 58.9%) di nuovo incarico (Tabella 3).

**CONFERENZA PERMANENTE DELLE CLASSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE
GIUNTA DELLA CONFERENZA triennio 2022-2024**

PRESIDENTE: PROF.^{SSA} ALVISA PALESE

PAST PRESIDENT: PROF.^{SSA} LUISA SAIANI

SEGRETARIO AGGIUNTO: DOTT. ANGELO MASTRILLO

CdL/CdLM	Ruolo	Nominativo	Università di afferenza
Assistenza Sanitaria	Presidente Vicepresidente	Paolo Contu Carmela Russo	Università degli Studi di Cagliari Università degli Studi di Padova
Dietistica	Presidente Vicepresidente Docente SSD	Livia Pisciotta Consuelo Borgarelli Marilena Vitale	Università degli Studi di Genova Università degli Studi di Genova Università degli Studi di Napoli Federico II
Educazione Professionale	Presidente Vicepresidente Docente SSD	Donatella Panatto Cleta Sacchetti Dario Fortin	Università degli Studi di Genova Università degli Studi di Bologna Università degli Studi di Trento
Fisioterapia	Presidente Vicepresidente Docente SSD Docente SSD Docente SSD	Roberto Gatti Marco Trucco Paolo Pillastrini Marco Testa Giovanni Galeoto	Humanitas University Università degli Studi di Torino Università degli Studi di Bologna Università degli Studi di Genova Sapienza Università di Roma
Igiene Dentale	Presidente Vicepresidente Docente SSD Docente SSD	Mario Giannoni Michela Rossini Ignazia Casula Gianna Maria Nardi	Università degli Studi dell'Aquila Università degli Studi dell'Insubria Varese Università degli Studi di Brescia Sapienza Università di Roma

Infermieristica	Presidente Vicepresidente Docente SSD Docente SSD Docente SSD Docente SSD	Valerio Dimonte Anita Bevilacqua Luisa Saiani Daniela Mecugni Maria Matarese Alberto Dal Molin	Università degli Studi di Torino Università degli Studi di Verona Università degli Studi di Verona Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia Università Campus Bio-Medico di Roma Università del Piemonte Orientale
Infermieristica Pediatrica	Presidente Vicepresidente	Alfonso Papparella Giuliana D'Elpidio	Università degli Studi della Campania Vanvitelli Università degli Studi di Roma Tor Vergata
Logopedia	Presidente Vicepresidente	Antonio Schindler Val- entina Genovese	Università degli Studi di Milano Università degli Studi di Bologna
Ortottica e Assistenza Oftalmologica	Presidente Vicepresidente	Elisabetta Pilotto Silvia Mancioffi	Università degli Studi di Padova Università degli Studi di Ferrara
Ostetricia	Presidente Vicepresidente Docente SSD Docente SSD	Lorenza Driul Elsa Del Bo Sofia Colaceci Simona Fumagalli	Università degli Studi di Udine Università degli Studi di Pavia Università UniCamillus di Roma Università degli Studi di Milano-Bicocca
Podologia	Presidente Vicepresidente	Marco Cavallini Daniela Riso	Sapienza Università di Roma Università degli Studi di Genova
Tecniche Audiometriche	Presidente Vicepresidente	Federica Di Bernardino Marco Deiana	Università degli Studi di Milano Sapienza Università di Roma
Tecniche Audioprotetiche	Presidente Vicepresidente	Fiorella Maria Luisa Marco Palmieri	Università degli Studi di Bari Università degli Studi di Roma Tor Vergata
Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusioni Cardiovascolari	Presidente Vicepresidente	Roberto De Ponti Fabiana Rossi	Università degli Studi dell'Insubria Varese Università degli Studi di Milano
Tecniche di Laboratorio Biomedico	Presidente Vicepresidente	Perilli Mariagrazia Tiziana Galai	Università degli Studi dell'Aquila Università degli Studi di Udine
Tecniche di Neurofisiopatologia	Presidente Vicepresidente	Alberto Priori Elis- abetta Cenerelli	Università degli Studi di Milano Università degli Studi di Bologna
Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia	Presidente Vicepresidente	Vincenzo Cuccurullo Stefano Da Dalt	Università degli Studi della Campania Vanvitelli Università degli Studi di Udine
Tecniche Ortopediche	Presidente Vicepresidente	Matteo Maria Parrini Silvia Guidi	Università degli Studi di Milano Università degli Studi di Firenze
Tecniche della Prevenzione negli Ambienti e Luoghi di Lavoro	Presidente Vicepresidente	Luisa Romanò Ales- sandro Versetti	Università degli Studi di Milano Università degli Studi di Brescia
Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica	Presidente Vicepresidente Docente SSD	Rita Roncone Silvia Chiesa Luca Pingani	Università degli Studi dell'Aquila Università degli Studi di Verona Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva	Presidente Vicepresidente Docente SSD Docente SSD	Marco Carotenuto Antonella Luparia Donatella Valente Giulia Purpura	Università degli Studi della Campania Vanvitelli Università degli Studi di Pavia Sapienza Università di Roma Università degli Studi di Milano-Bicocca
Terapia Occupazionale	Presidente Vicepresidente	Gilda Sandri Anna Berardi	Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia Sapienza Università di Roma
Magistrale I Sc. Infermieristiche e Ostetriche	Presidente Vicepresidente Docente SSD Docente SSD	Loreto Lancia Caterina Galletti Antonella Nespola Roberto Latina	Università degli Studi dell'Aquila Università Cattolica del Sacro Cuore Roma Università degli Studi di Milano-Bicocca Università degli Studi di Palermo
Magistrale II Sc. Riabilitative delle Professioni Sanitarie	Presidente Vicepresidente Docente SSD	Marco Paoloni Laura Furri Giuseppina Bernardelli	Sapienza Università di Roma Università degli Studi di Verona Università degli Studi di Milano
Magistrale III Sc. delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche	Presidente Vicepresidente	Maria Elena Flacco Monica Rizzati	Università degli Studi di Ferrara Università degli Studi di Ferrara
Magistrale III Sc. delle Professioni Sanitarie Tecniche Assistenziali	Presidente Vicepresidente Docente SSD	Emidio Paolo Macchia Anna Maria Riveccio	Università degli Studi di Napoli Federico II Università degli Studi di Napoli Federico II
Magistrale IV Sc. delle Professioni Sanitarie della Prevenzione	Presidente Vicepresidente	Lorenzo Mercurio Mirka Grigoletto	Università degli Studi di Napoli Federico II Università degli Studi di Padova

Tabella 3. Composizione della Giunta della Conferenza Permanente delle Professioni Sanitarie del triennio 2022-24

La Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni sanitarie, riunisce oggi 46 Atenei, 760 Corsi di Laurea, 91 Corsi di Laurea Magistrale (Annuario della Formazione Sanitaria, 2022) per un totale di oltre settantamila studenti con finalità di: (a) perseguire il miglioramento continuo dei percorsi formativi di ciascun Corso di Laurea, coerentemente con le esigenze delle rispettive professionalità ed in

armonia con gli indirizzi, le norme, i trattati dell'Unione Europea; (b) coordinare lo sviluppo delle attività formative, promuovere lo studio delle problematiche specifiche di ogni singolo Corso di Laurea, l'elaborazione integrata di tematiche trasversali e la formazione dei formatori; (c) promuovere i rapporti e la collaborazione fra Università, Servizio Sanitario e Professioni per il conseguimento degli obiettivi culturali,

pedagogici, didattici, di orientamento, di programmazione e di valutazione connessi con i Corsi di Laurea (Statuto della Conferenza, 2010).

Oltre ad organizzare un Meeting annuale, la Conferenza lavora attraverso l'attivazione/partecipazione a tavoli tecnici propri o di altre istituzioni su specifiche tematiche; elabora documenti che sottopone al consenso nazionale, come ad esempio sulle diverse forme di tutorato professionale, sulla qualità degli ambienti di tirocinio, e sulla valutazione delle competenze professionali. Inoltre, con propri rappresentanti, fa parte dell'Osservatorio Permanente delle Professioni Sanitarie.

La Conferenza svolge una funzione di dialogo e raccordo con le Istituzioni: Ministero della Salute, Ministero dell'Università e della Ricerca, Consiglio Universitario Nazionale, Agenzia Na-

Priorità di lavoro della Conferenza

Nel primo insediamento che si è tenuto a settembre 2022, dopo una fase importante di informazione che ha interessato tutti i livelli istituzionali, la Conferenza ha elaborato le proprie strategie conducendo un'analisi dei bisogni anche alla luce delle riunioni svolte dalle Commissioni Nazionali. A dicembre 2022 la Giunta ha individuato un primo set di strategie e di priorità per l'avvio dei lavori sulle tante tematiche di interesse, alla luce degli obiettivi previsti dallo Statuto. Sono state definite 14 aree prioritarie di intervento, con proprie finalità e gruppi di lavoro dedicati.

1. Rivedere lo Statuto

Lo Statuto della Conferenza è stato approvato nel 1997 e rivisto nel 2010 (Statuto della Conferenza, 2010) in un Meeting presso l'Università degli Studi di Chieti. La sua finalità generale appare sostanzialmente attuale, mentre la sua struttura - che rifletteva una Conferenza di minore complessità anche quantitativa - ha bisogno di interventi di manutenzione non solo negli obiettivi alla luce dei diversi ruoli che la Conferenza assume, ma anche rispetto alle procedure elettorali ed ai processi di lavoro. Rivedere lo Statuto è un impegno importante, richiede tempo e ha bisogno anche di lavori preliminari per assicurare un'approfondita valutazione da parte dell'Assemblea. A tal fine è stato individuato un gruppo di lavoro.

2. Creare le basi per una Commissione Nazionale sui Dottorati di Ricerca

Non solo in considerazione del Sistema AVA 3.0 che per la prima volta prevede i Dottorati di Ricerca nei processi di accreditamento degli Atenei, ma anche per la convinta esigenza di stimolare la nascita di Dottorati dedicati ed accompagnarne lo sviluppo, ormai è matura la necessità di creare una Commissione Nazionale che dedichi la sua attenzione ai Dottorati che coinvolgono i Professionisti dell'area sanitaria. Tale Commissione Nazionale, per essere inclusa nello Statuto, ha bisogno di un lavoro preliminare di approfondimento delle tipologie di Dot-

torato di Valutazione Universitaria (ANVUR), Conferenza Stato Regioni, Osservatorio delle Professioni Sanitarie rispetto a molteplici tematiche quali ad esempio l'identificazione dei fabbisogni, lo sviluppo delle competenze specialistiche, le esigenze di manutenzione dei Corsi di Studio triennale e Magistrale, lo sviluppo di iniziative che promuovano rapporti efficaci tra aziende sanitarie e Corsi di Studio orientati alla sostenibilità ed alla qualità, ed altre specifiche progettualità (es. medicina di genere). Inoltre, interviene con mozioni per segnalare o promuovere verso gli organismi competenti istanze di interesse nazionale. La Conferenza propone attraverso la modalità della Summer-Winter School eventi formativi intensivi per Presidenti e Coordinatori per sviluppare sistemi di governance della didattica teorica e professionalizzante dei Corsi di studio.

torati di Ricerca disponibili, delle diverse finalità e relazioni con il mondo produttivo e dei servizi, nonché di un censimento a livello nazionale di quali sono ad oggi i Dottorati di Ricerca attivi dedicati completamente o che coinvolgono le Professioni Sanitarie.

3. Promuovere la stabilità dei CdS: elaborare uno schema tipo di Protocollo d'Intesa

Il sistema formativo delle professioni sanitarie ormai ultraventennale ha manifestato negli ultimi anni una fragilità strutturale. Si colloca tra due mondi, quello Universitario e quello del SSR, realizzando la parte di didattica teorica nel primo e quella professionalizzante (compresi in alcuni casi anche i laboratori) nel secondo. Quando supportato da una regia regionale con strumenti operativi quali ad esempio i Protocolli di Intesa, il sistema formativo è forte ed ha un suo sviluppo. Laddove non sono disponibili accordi - o per alcune professioni che si esprimono soprattutto al di fuori del SSR dal momento che non è possibile tra l'altro reclutare tutor didattici - il sistema formativo è fragile. Per questa ragione nell'ultimo anno la Conferenza ha lavorato intensamente con la Conferenza Permanente delle Facoltà e Scuole di Medicina e Chirurgia elaborando una mozione sull'esigenza di elaborare Protocolli di Intesa basati su alcuni principi guida capaci di supportare maggiormente i Corsi di Studio. Sono state sviluppate anche interlocuzioni importanti con la Conferenza Stato-Regioni che ha emanato il 29 luglio del 2022 proprie Linee Guida specifiche sul tema (Linee guida per la definizione dei Protocolli d'intesa, 2022). Queste Linee Guida, che disegnano i principi della collaborazione tra il Sistema Sanitario Regionale e le Università, dovrebbero essere ora declinate in uno schema tipo di Protocolli d'Intesa al fine di sostenere Regioni, Atenei, e Sistemi Sanitari Regionali nella regolamentazione dei rapporti e del contributo di ciascuno. In questo contesto, potrebbero diventare oggetto di approfondimento anche le procedure di incarico della Docenza a

Contratto e delle Figure Specialistiche Aggiuntive - che danno un importante contributo al sistema formativo - con una maggiore valorizzazione dei titoli esperienziali rispetto all'attività scientifica e di formazione. Tale approfondimento potrebbe anche informare i Protocolli d'Intesa nella parte specifica che regola i rapporti tra l'Università e le Aziende Sanitarie rispetto alla docenza a contratto.

4. Approfondire le problematiche dell'attrattività e dei fabbisogni

Il Paese ha un crescente bisogno di professionisti sanitari: l'espansione dell'offerta soprattutto su alcune professioni, ha registrato problemi di attrattività. Ponendo a numeratore le domande pervenute per le 22 Professioni Sanitarie rispetto alla coorte di maturati nello stesso anno, negli ultimi 22 anni si sono candidati per una laurea sanitaria dal 10% (anno 2001) al 27% (2010 e 2011) dei giovani che intendono iscriversi all'Università. Durante la crisi economica del 2008-2010, si è registrato un importante aumento dei candidati sulla coorte di maturati, con una flessione continua negli ultimi 4 anni fino a raggiungere il 14% nel 2022. Se da una parte un'interessante proporzione di giovani si candida per una laurea nelle Professioni Sanitarie, tuttavia alcune professioni stanno registrando un calo dell'attrattività. Nell'ultimo Report Annuale 2022-23 (Report Annuale 2022-23) è stato evidenziato un calo complessivo dell'attrattività dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie di almeno il 7%. Comprendere i fattori che influenzano l'attrattività nelle nuove generazioni, e condurre analisi più approfondite sui fabbisogni per le Lauree è la priorità di questo gruppo di lavoro, anche per informare le policy sul come promuovere l'attrattività e limitare la perdita/abbandono di studenti al fine di assicurare i fabbisogni di professionisti sanitari del Paese.

Anche per le Lauree Magistrali si è registrato un incremento dell'attrattività in alcune Classi di Laurea, mentre un calo in altre. L'offerta di Laurea Magistrale si è ormai assestata e conta numerosi anni di esperienza: la numerosità dei posti messi a bando, tuttavia, non è aumentata in modo lineare rispetto alla numerosità dei posti a bando per il triennio o dei professionisti disponibili nel Paese in ciascuna classe. La stabilità dei posti insieme alla genericità del percorso che prepara sostanzialmente a funzioni manageriali e non a posizioni specialistiche scoraggia le nuove generazioni ma anche le generazioni mature dall'intraprendere questa formazione avanzata. Tale fenomeno ha bisogno di un approfondimento per comprendere i fattori che generano una maggiore o inferiore attrattività tra le Classi, per studiare quali siano le possibilità occupazionali dei laureati magistrali, nonché la possibilità concreta di applicare le competenze acquisite nel contesto della pratica quotidiana (Bernardelli et al., 2020), ma anche per immaginare quali siano gli spazi concreti di revisione delle classi e, alla luce del nuovo Contratto Collettivo Nazionale, le concrete opportu-

rità di valorizzazione delle competenze acquisite.

5. Modernizzare/aggiornare i documenti di sostegno alla progettazione didattica

Tra numerosi altri documenti, ne sono stati elaborati tre Documenti di Consenso che hanno fatto 'storia' per la loro particolare rilevanza nell'informare le scelte pedagogiche e perché sviluppate con procedure di Consenso allargato che hanno coinvolto tutti i CdS: i Documenti 1) sulla Progettazione didattica complessiva del tirocinio, 2) sulla Valutazione dei Tirocini abilitanti, nonché 3) sulle Linee guida per l'esame finale. Tali Documenti esprimono le migliori pratiche pedagogiche ed organizzative del tempo, interpretandone anche le norme; è pertanto matura l'esigenza di modernizzarli alla luce delle evidenze nel campo specifico del tirocinio, dell'esperienza pandemica, della loro attualità rispetto alle esigenze degli studenti e del sistema, ma anche rispetto alle istanze previste dai processi di accreditamento AVA 3.0.

6. Avviare un processo di revisione dei requisiti minimi strutturali e di offerta delle sedi per assicurare qualità e sostenibilità

I requisiti minimi strutturali e di offerta da inserire nella banca dati per assicurare tirocini di qualità risalgono al 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo, 1997). In analogia a quanto già peraltro condotto in modo molto efficace dalla Conferenza Permanente delle Facoltà e Scuole di Medicina e Chirurgia, sta emergendo l'urgenza di re-individuare e ridefinire i requisiti, attraverso un processo partecipato e con una fase pilota, per permettere alle Strutture Sanitarie di offrire tirocini qualificanti. Infatti, le attività cliniche sanitarie si sono diversificate molto negli anni: il 'posto letto' non riflette l'unica opzione, sono state attivate e sviluppate strutture intermedie, residenziali, semiresidenziali, diurne e ambulatoriali che offrono importanti opportunità formative ai nostri studenti. Tuttavia, oltre ai dati strutturali è ancora più importante la quantità e qualità delle prestazioni fornite, della tecnologia, e dei processi di presa in carico. L'insieme di questi elementi qualifica la rete formativa di un CdS e ne sostiene la capacità formativa. Pertanto, elaborare una proposta di aggiornamento dei requisiti strutturali e di offerta è prioritario.

7. Valorizzare l'attività formativa Tutor, Docenti e Direttori Didattici

Con le ultime modifiche al Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario (Crediti di Educazione Continua in Medicina, ECM), sono stati rivisti i sistemi e le procedure di valorizzazione delle attività di formazione: anche grazie all'azione particolare che ha svolto la nostra Conferenza, il nuovo manuale prevede la valorizzazione per le funzioni dei Direttori Didattici, dei Tutor didattici e di Tirocinio. È importante approfondire, rendere disponibili e diffondere tali indicazioni per valorizzare le tante iniziative (es. tutorato, pubblicazioni) svolte dai Corsi di Studio all'interno del Sistema Sanitario.

8. Proseguire nella progettualità TECO: esplorare la fattibilità dell'estensione e l'impatto

Dal 2016 la Conferenza si è fatta promotrice attraverso un gruppo di lavoro, oggi valorizzato anche dall'ANVUR, di aderire alla progettualità TECO, che permette di stimare i progressivi livelli (dal primo anno, alla laurea) raggiunti nelle competenze trasversali (TECO-T) e disciplinari (TECO-D). Istituito con Delibera n. 124 del Consiglio Direttivo del 12 luglio 2017 e ss.mm. (Delibera n. 30, Consiglio Direttivo, 21 febbraio 2018; n. 72, 20 marzo 2019), il Gruppo di Lavoro "TECO-D/Professioni Sanitarie" persegue l'obiettivo, tra gli altri, di definire i contenuti core declinati in obiettivi formativi finali e specifici; definire (sulla base dei contenuti core declinati) la prova del TECO-D; effettuare analisi e validazione della stessa; realizzare incontri di restituzione dei risultati dell'analisi tecniche e programmazione delle attività previste per la revisione degli item; definire le procedure di somministrazione e di analisi dei dati. Dopo questi primi anni di esperienza, è ora prioritario estendere il coinvolgimento dei Corsi di Studio che non hanno ancora approntato tali metodologie; è inoltre necessario individuare quali decisioni possono informare gli esiti annuali e di coorte del TECO-D e -T, sia a livello di singolo Corso di studio che di Ateneo o di Commissione Nazionale.

9. Riattivare la formazione per Coordinatori e Direttori Attività Formative Professionalizzanti

La formazione dei Coordinatori e dei Direttori delle Attività Formative Professionalizzanti è sempre stata una priorità della Conferenza. Nel tempo sono state realizzate in diverse parti del Paese Winter e Summer school dedicate, con modalità residenziale. L'ultimo evento si è tenuto presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II, che ha visto una presenza attiva nel 2022 di oltre 60 partecipanti che hanno approfondito le logiche e i meccanismi, ma anche gli aspetti peculiari, del ruolo del Direttore e del sistema tutoriale. Riproporre una strategia formativa accreditata ECM, sia a distanza che in presenza, al fine di assicurare un percorso di accompagnamento e inserimento al ruolo di queste figure professionali, anche alla luce del loro elevato turnover, è la finalità del gruppo di lavoro.

10. Attivare gruppo di studio per esplorare le potenzialità e limiti del TOLC di Medicina

Con la definizione della nuova modalità di accesso programmato ai Corsi di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia (Definizione delle modalità e dei contenuti della prova di ammissione, 2022) denominata prova d'esame "TOLC" (Test OnLine CISIA), emerge l'esigenza di approfondire questa metodologia anche per i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie. Finalità del gruppo di lavoro è quella di approfondire le potenziali implicazioni, le possibili potenzialità e gli aspetti debolezza di

tale metodologia qualora fosse applicata alle Lauree Sanitarie.

11. Censire e individuare strategie per superare le difficoltà nei processi di gestione delle equipollenze e dei tirocini di adattamento

Nella percezione diffusa, negli Atenei stanno aumentando le richieste di equipollenza e di tirocinio di adattamento da parte di professionisti formati all'estero in Paesi non comunitari. Con la finalità di descrivere a livello nazionale il processo attuato dalle Università nella valutazione dei titoli esteri per le procedure di equipollenza e le modalità gestionali attivate nei tirocini di adattamento dei professionisti su richiesta del Ministero della Salute, e raccogliere le variabilità/difficoltà incontrate nella prassi, verrà sviluppata una survey. Successivamente, saranno attivate relazioni anche con il Ministero per sviluppare linee di indirizzo capaci di sostenere in modo efficace ed armonico i Corsi di Studio a cui sono richieste tali procedure.

12. Approfondire strategie di sostegno agli studenti con bisogni specifici

Gli studenti con bisogni specifici (ad esempio problemi di salute, nei processi di apprendimento) sono in aumento, mettendo in difficoltà sia studenti che strutture didattiche, soprattutto per il tirocinio. Censire le difficoltà vissute dai CdS, identificare le problematiche più frequentemente riscontrate, scambiare le buone pratiche e sviluppare strategie di supporto alle scelte al fine di assicurare le esperienze formative attese dai CdS abilitanti, è la finalità del gruppo di lavoro.

13. Elaborare riflessioni utili per la Revisione degli Ordinamenti Didattici

È ormai evidente l'esigenza di operare una manutenzione delle classi di laurea rivedendone gli Ordinamenti. Si tratta di un impegno che avrà valenza pluriennale e affidato anch'esso ad un gruppo di lavoro che condurrà la fase istruttoria.

Trasversalmente ai gruppi, saranno attenzionate di nuovo le questioni relative alla Medicina di Genere, al fine di comprendere quanto l'attenzione posta alle sue implicazioni sia stata attenzionata nei CdS; le questioni correlate alla internazionalizzazione dei CdS al fine di assicurare confronti allargati e lo scambio di buone pratiche formative tra i Corsi anche a livello Europeo.

Saranno inoltre assicurate le relazioni con le altre Conferenze Permanenti, al fine di mantenere attivo il confronto anche con gruppi di lavoro Inter-Conferenza; saranno attivate le strategie per sviluppare il sito della Conferenza, mantenere aggiornati gli indirizzari e stabilire un sistema solido di comunicazione interno ed esterno, rendendo anche disponibili le elaborazioni delle diverse Commissioni Nazionali. Sarà inoltre importante continuare a documentare le tante attività svolte attraverso la rivista Journal of Italian Medical Education, 'Quaderni delle Conferenze Permanenti'. Non è mai stata pro-

dotta una sintesi dei tanti lavori pubblicati nella storia della nostra Conferenza e che costituiscono un patrimonio importante; nella Tabella 4, è riferito un indice di quanto prodotto sino

ad oggi che riflette un ricco ventaglio di esperienze, sistematizzazione dei saperi e indicazioni per la pratica formativa.

- Frati & Saiani L. Perché la Conferenza Permanente dei Diplomi Universitari di Area Sanitaria propone come percorsi prioritari di lavoro la definizione del *core curriculum*, la didattica interattiva e integrata, la riflessione metodologica sull'esame finale, *Medicina e Chirurgia*, 423-426, 1999.
- Mazzotti G., Gobbi P., Falconi M., Diploma Universitario di Infermiere: Anatomia Umana, *Medicina e Chirurgia*, 426-436, 1999.
- Binetti P., Il corso di Scienze umane nel DU di Infermiere nell'ottica della didattica interattiva, *Medicina e Chirurgia*, 436-445, 1999.
- Matarese M., Linee guida metodologiche per la preparazione della prova scritta e pratica per l'esame di abilitazione professionale nei diplomi universitari, *Medicina e Chirurgia*, 457-467, 1999.
- Belli S., La Laurea in Scienze Riabilitative, *Medicina e Chirurgia*, 467, 1999.
- Binetti P. & Valente D., Il *Core Curriculum*, tra specificità di Corso di laurea e condivisione di obiettivi tra le diverse classi, *Medicina e Chirurgia*, 21: 810-816, 2003.
- Matarese M., La didattica pratica, *Medicina e Chirurgia*, 21: 816-823, 2003.
- Di Giulio P. et al., Modelli e strategie per la formazione alla ricerca, *Medicina e Chirurgia*, 21: 823-827, 2003.
- Mastrillo A., Lauree triennali delle Professioni Sanitarie. L'accesso ai corsi e le modalità di iscrizione nell'A.A. 2003-2004, *Medicina e Chirurgia*, 22: 873-879, 2003.
- Roncone R., La mobilità internazionale nell'ambito della didattica dei Corsi di laurea delle Professioni sanitarie, *Medicina e Chirurgia*, 23: 907-910, 2004.
- Destrebecq A., Nocchi M., Vezzoli F., Pagano A., La valutazione del tirocinio nel Corso di laurea in Infermieristica dell'Università di Milano, *Medicina e Chirurgia*, 23:910-914, 2004.
- Artioli G. & Colombatti A., Coordinatore teorico-pratico nel Corso di Laurea in Infermieristica: definizione, ruolo e funzioni, *Medicina e Chirurgia*, 24: 962, 2004.
- Valente D., Il laboratorio di formazione personale nei corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, *Medicina e Chirurgia*, 25: 964, 2004.
- Palese A. & Bresadola V., I criteri di selezione dei candidati nella formazione infermieristica avanzata: l'esperienza dei paesi nord-americani ed europei, *Medicina e Chirurgia*, 26: 995-1001, 2004.
- Zannini L., Progettare e realizzare i nuovi corsi per le Lauree Specialistiche di area sanitaria: l'esempio dell'insegnamento delle discipline pedagogiche, *Medicina e Chirurgia*, 27: 1029-1035, 2005.
- Saiani L., Palla D., Cunico L., Il Tirocinio nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, *Medicina e Chirurgia*, 27: 1035-1042, 2005.
- Matarese M., L'utilizzo dell'*objective structured clinical examination* nella prova finale abilitante del Corso di Laurea in Infermieristica del Campus Bio Medico di Roma, *Medicina e Chirurgia*, 28: 1080-1083, 2005.
- Pillastrini P., Bertozzi L., Montevecchi V., Il *Core values*, un modello pedagogico per la valutazione dei comportamenti professionali, *Medicina e Chirurgia*, 28: 1083-1087, 2005.
- Pomponio G., Pelusi G., Frattini M., Mascella F., Danieli G., Tutorship e piccolo gruppo facilitano l'apprendimento dell'evidence-based medicine negli Studenti in Infermieristica in uno studio di coorte prospettico controllato, *Medicina e Chirurgia*, 31: 1236, 2006.
- Mastrillo A., Lenzi A., Frati L., Verso la riforma dei Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie. Il nuovo sistema formativo secondo il DM 270/2004. Dal "3+2" all' "1+2+2", cosiddetto "a Y", a partire dall' A.A. 2007-08, *Medicina e Chirurgia*, 33: 1319-1325, 2006.
- Pillastrini P., Chiari P., Mastrillo A., Pasqui F., L'offerta formativa dei Master in Funzioni di coordinamento per le professioni sanitarie, *Medicina e Chirurgia*, 34: 1379-1385, 2006.
- Sansoni J., Saiani L., Marognoli O. et Al., Riflessioni sull'applicazione del nuovo ordinamento didattico del Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche e Ostetriche nei primi tre anni di avvio (A.A. 2004-2007), *Medicina e Chirurgia*, 39: 1608-1617, 2007.
- Palese A. & Dalponte A. et Al., Variabilità e tendenze dei Piani di studi del Corso di Laurea in Infermieristica, *Medicina e Chirurgia*, 39: 1628-1635, 2007.
- Palese A. & Dalponte A. et Al., Alla vigilia della seconda riforma. Le ragioni di un percorso e di una proposta innovativa di Piano di studi in Infermieristica, *Medicina e Chirurgia*, 39:1635-1644, 2007.
- Giovagnoli M.R. et Al., Confronto sui Piani di studi del corso di laurea in Tecniche di laboratorio biomedico: un primo bilancio e proposte, *Medicina e Chirurgia*, 39: 1644-1649, 2007.
- Mastrillo A., Corsi di Diploma e di Laurea delle Professioni Sanitarie. La programmazione dei posti in undici anni dal 1997 al 2007, *Medicina e Chirurgia*, 39: 1660, 2007.
- Bertazzoni G., Bianchini M., Su alcuni aspetti riguardanti la richiesta infermieristica di accesso ai Master. L'esperienza del Master in Area Critica per Infermieri, *Medicina e Chirurgia*, 40-41: 1681-1685, 2007.
- Palese A. & Dalponte A. et Al., Dalle competenze-esito al piano di studi del CL in Infermieristica. Una proposta orientata ai *learning outcomes*, *Medicina e Chirurgia*, 42: 1798-1805, 2008.
- Toniolo F., Università e Regione per il CL delle Professioni Sanitarie. Il punto di vista delle Regioni, *Medicina e Chirurgia*, 43: 1841-1847, 2008.
- Briziarelli L., Università e Regione per il CL delle Professioni Sanitarie. Il punto di vista della Conferenza, *Medicina e Chirurgia*, 43: 1847-1851, 2008.
- Palese A., Tomietto M., Dalt S., Saiani L., I dottorati di ricerca nelle Professioni sanitarie. Uno sguardo all'esperienza degli altri Paesi, *Medicina e Chirurgia*, 44: 1864-1869, 2008.
- Pillastrini P., Bertozzi L., Montevecchi V., Naldi M.T., La possibile trasferibilità del *Progress Test* nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, *Medicina e Chirurgia*, 44: 1891-1895, 2008.
- Mazzoni G., Il tirocinio pratico e la valutazione delle competenze professionali acquisite nel Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia, *Medicina e Chirurgia*, 44: 1895-1901, 2008.
- Mastrillo A., Lauree triennali delle Professioni Sanitarie. L'accesso ai corsi e la programmazione dei posti nell'A.A. 2008-2009, *Medicina e Chirurgia*, 44: 1901, 2008.
- Mastrillo A., Lenzi A., Frati L., Riforma dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie. Alcuni riferimenti applicativi a confronto fra i decreti

- 2/4/201 e 19/2/2009, *Medicina e Chirurgia*, 46: 1970-1973, 2009.
- Palese A., Dante A., Valoppi G., Sandri G., Verso il monitoraggio dell'efficienza universitaria. Fattori di rischio di abbandono e di insuccesso accademico nei Corsi di Laurea in Infermieristica, *Medicina e Chirurgia*, 46: 1988-1992, 2009.
 - Furri L., Ravagni Probizer E.M., Ferrari M.G., Saiani L., Tassinari G., Zannini L., Il mini Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX), *Medicina e Chirurgia*, 46: 1992-1994, 2009.
 - Bertozzi L., Maioli M.G., Pillastrini P., La specializzazione nelle Professioni Sanitarie. Master, pro e contro, *Medicina e Chirurgia*, 46: 1994-1995, 2009.
 - Bozzolan M. et Al. & Mecucgni D. et Al., Meeting di primavera, Poster premiati, *Medicina e Chirurgia*, 46: 1996-1999, 2009.
 - Saiani L., Briziarelli L., *Consensus Conference* sull'organizzazione didattica dei Master di 1 livello in Management per le funzioni di coordinamento delle Professioni Sanitarie, *Medicina e Chirurgia*, 46: 2002-I-V, 2009.
 - Saiani L., Bielli S., Marognoli O., Brugnolli A. et Al., Documento di indirizzo su standard e principi di tirocinio nei CL delle Professioni Sanitarie, *Medicina e Chirurgia*, 47: 2036-2046, 2009.
 - Rende M. et Al., *Progress test* nelle Lauree Sanitarie. Metodologia e risultati nel Corso di Laurea in Ostetricia, *Medicina e Chirurgia*, 47: 2046-2052, 2009.
 - Mastrillo A., Lauree triennali delle Professioni Sanitarie. Dati sull'accesso ai Corsi e programmazione posti nell'A.A. 2009-2010, *Medicina e Chirurgia*, 47: 2068-2071, 2009.
 - Palese A. & Saiani L., Modelli di gestione dei laboratori professionalizzanti, *Medicina e Chirurgia*, 48: 2097-2100, 2010.
 - Zannini L., Randon G., Saiani L., Il curriculum nascosto nella formazione infermieristica, *Medicina e Chirurgia*, 52: 2292-2297, 2011.
 - Palese A., Standard di qualità dei candidati del SSN e a contratto esterno alla docenza universitaria, *Medicina e Chirurgia*, 52: 2297-2300, 2011.
 - Mastrillo A., Lauree triennali delle Professioni sanitarie. I migliori sbocchi occupazionali fra i vari gruppi disciplinari, *Medicina e Chirurgia*, 52: 2300-2302, 2011.
 - Saiani L. et Al., Proposta di regolamento didattico del Corso di Laurea in Infermieristica, *Medicina e Chirurgia*, 52: 2302-2307, 2011.
 - Saiani L., Bielli S., Brugnolli A. et Al., *Consensus Conference*: Documento di indirizzo sulla valutazione dell'apprendimento delle competenze professionali acquisite in tirocinio dagli Studenti dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, *Medicina e Chirurgia*, 53: 2347-2355, 2011.
 - Miconi A., De Nuzzo D., Tarsitani G., Ziparo V., Familiari G., Pierantognetti P., La realtà occupazionale del laureato magistrale in Scienze Infermieristiche, *Medicina e Chirurgia*, 53: 2355-2360, 2011.
 - Galletti C., Zanotti R., Merlo E., Rega M.L., Il tirocinio e i laboratori nel curriculum del Corso di Laurea Specialistica/Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. Survey nelle Università italiane, *Training activities and workshops in Master Degree in Nursing and Midwifery Sciences: survey in Italian universities*, *Medicina e Chirurgia*, 55: 2459-2465, 2012.
 - Galletti C., Zanotti R., Merlo E., Rega M.L., Il tirocinio e i laboratori nel curriculum del Corso di Laurea Specialistica/Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, *Medicina e Chirurgia*, 55:2459-2464, 2012. DOI: 10.4487/medchir2012-55-5.
 - Destrebecq A., Vitali S., Dimonte V., et al, La prova finale per il conseguimento della laurea in infermieristica: studio trasversale, *Medicina e Chirurgia*, 57: 2564-2566, 2013. DOI:10.4487/medchir2013-57-8.
 - De Marinis M.G. & de Marinis M.C., L'interprofessionalità come risposta unitaria e globale ai problemi di salute: obiettivi, metodologie e contesti formativi. L'interprofessionalità come risposta unitaria e globale ai problemi di salute: obiettivi, metodologie e contesti formativi, *Medicina e Chirurgia*, 58: 2586-2591, 2013. DOI: 10.4487/medchir2013-58-6.
 - Dante A. & Saiani L., L'insuccesso accademico nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie e il monitoraggio dell'efficienza formativa, *Medicina e Chirurgia*, 58: 2592-2595, 2013. DOI: 10.4487/medchir2013-58-7.
 - Palese A. & Cadarin L., Studio individuale e studio guidato. Concetti, bisogni e approcci, *Medicina e Chirurgia*, 58: 2596-2598, 2013. DOI: 10.4487/medchir2013-58-8.
 - Bernardelli G., Vizzotto L., Mari D., Bernabè B., Filippini F., Moscheni C., L'IL Portfolio. Studio preliminare dell'entering behaviour delle competenze, conoscenze e aspettative degli Studenti del CLM in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, *Medicina e Chirurgia*, 59: 2637-2641, 2013. DOI: 10.4487/medchir2013-59-4.
 - Conferenza delle Professioni Sanitarie, Linee di Indirizzo per la prova finale dei Corsi di Laurea afferenti alle Classi delle Professioni sanitarie avente valore di esame di stato all'esercizio professionale, 61: 2736-2738, 2014.
 - Dal Molin A., Galletti C., Marmo G., Il Corso di laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche. Riflessioni e prospettive sul percorso formativo e sulla figura del laureato magistrale, *Medicina e Chirurgia*, 61: 2747-2752, 2014. DOI: 10.4487/medchir2014-61-7.
 - Brugnolli A., Marognoli O., Palese E., Dimonte V., Documento di indirizzo per la definizione dei programmi di insegnamento di Infermieristica, *Medicina e Chirurgia*, 62: 2805-2810, 2014. DOI: 10.4487/medchir2014-62-5.
 - Mari D., Grasso C., Freddi A., Baratelli L.K., Bernardelli G., La scheda di valutazione dell'esperienza di tirocinio: uno strumento di classe. Studio osservazionale nel CLM in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, Università degli Studi di Milano, *Medicina e Chirurgia*, 65: 2942-2945, 2015. DOI: 10.4487/medchir2015-65-4.
 - Mazzoni G., La Riccia L., Aramini D., Damen B., Giovagnoni, A., Un'esperienza di laboratorio professionale condotta nel corso di laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia, *Medicina e Chirurgia*, 66: 2989-2993, 2015. DOI: 10.4487/medchir2015-66-5.
 - Saiani L., Storia e obiettivi della Conferenza Permanente delle Classi di laurea e laurea magistrale delle Professioni sanitarie, *Medicina e Chirurgia*, 68: 3109-3111, 2015. DOI: 10.4487/medchir2015-68-5.
 - Bielli S., Canzan F., Mastrillo A., et Al., Evoluzione della funzione di coordinamento delle attività formative professionalizzanti dei Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie. Indagine nazionale, *Medicina e Chirurgia*, 72: 3263-3268, 2016. DOI: 10.4487/medchir2016-72-1.
 - Destrebecq A.L.L., et Al., I bisogni di salute mentale della popolazione: indagine nazionale sulle risposte formative del Corso di Laurea in Infermieristica, *Medicina e Chirurgia*, 82: 3660-3665, 2019. DOI: 10.4487/medchir2019-82-5.
 - Palese, A., et Al., Clinical Learning Quality Evaluation Index per la valutazione della qualità dell'apprendimento clinico degli studenti infermieri e raccomandazioni di utilizzo, *Medicina e Chirurgia*, 83: 3685-3693, 2019. DOI: 10.4487/medchir2019-83-3.
 - Conferenza Permanente, Linee di indirizzo per la ripresa delle attività formative professionalizzanti per i corsi di laurea e di laurea magistrale delle professioni sanitarie in tempi di COVID-19, 85: 3765-3771, 2020.
 - Valente D., et al., Formazione degli studenti italiani delle professioni sanitarie in ambito di "Preparazione e contrasto dell'emergenza sanitaria da nuovo coronavirus SARS-CoV-2" attraverso un corso e-learning: studio trasversale, in *Medicina e Chirurgia*, 85: 3772-3777, 2020. DOI: 10.4487/medchir2020-85-4.
 - Bernardelli, G. et Al., La laurea magistrale impatta sulle conoscenze, l'occupazione e l'upgrading professionale? in *Medicina e Chirurgia*,

85: 3802-3808, 2020. DOI: 10.4487/medchir2020-85-8.

- Bosoni R. et al., La revisione dell'ordinamento didattico del CdS in Fisioterapia: la nostra esperienza, in *Medicina e Chirurgia*, 85: 3810-3816, 2020. DOI: 10.4487/medchir2020-85-9.
- Saiani L. & De Marinis M.G., Le Cure Palliative nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie in *Medicina e Chirurgia*, 86: 3826-3833, 2021.
- Rocco G. et al., Ruolo e funzioni del Direttore delle Attività Didattiche nei Corsi di Laurea in Tecnico di Laboratorio Biomedico: primo bilancio e proposte, in *Medicina e Chirurgia*, 87, 3863-3870, 2022.
- Rocco G. et al., Indagine sul tirocinio professionalizzante nei corsi di laurea in Tecnico di Laboratorio Biomedico, in *Medicina e Chirurgia*, 87, 3871-3880, 2022.
- Bernardelli G. et al., Quali sono le caratteristiche del tirocinio nei corsi di laurea magistrale delle Professioni Sanitarie? Una survey nazionale con la classe della riabilitazione, in *Medicina e Chirurgia*, 87, 3881-3888, 2022.

Tabella 4. I lavori pubblicati dalla Conferenza Permanente delle Professioni sanitarie dalla sua istituzione.

Sulle priorità identificate, la Giunta ha attivato i gruppi di lavoro multidisciplinari al fine di integrare le diverse prospettive proprie di ciascuna Commissione; per ciascun gruppo è stato individuato un Responsabile che riferirà alla Giunta. Molti gruppi completeranno le attività nel primo semestre del 2023 al fine di portare all'attenzione dell'Assemblea i risultati principali. I documenti saranno sottoposti al consenso sia in forma telematica che in Assemblea in base alle diverse esigenze di confronto. Quindi, saranno disseminati e consentiranno di informare le scelte delle Commissioni Nazionali anche attraverso strategie di declinazione dei con-

Conclusioni

La Conferenza Permanente ha iniziato il suo nuovo triennio di lavoro con grande energia e mettendo a fuoco una strategia complessiva che prevede il coinvolgimento ampio delle sue diverse componenti sulle priorità identificate. Sarà senza dubbio necessario aggiornare le tematiche individuate al fine di mantenere sempre elevata l'attenzione sulle priorità emergenti. Verrà mantenuta altrettanto elevata l'attenzione a documentare i progressi raggiunti dai gruppi di lavoro, cui seguiranno attività di disseminazione interna ed esterna. A tal proposito, il primo Meeting previsto per giugno 2023 avrà come temi tre priorità:

- come promuovere l'attrattività dei Corsi di Studio per assicurare il fabbisogno crescente quali-quantitativo di competenze del Paese;
- come riprogettare percorsi formativi capaci di accompagnare studenti con crescenti

tenuti in base alle specificità dei Corsi di studio. Nel frattempo, sarà mantenuta la funzione di dialogo e raccordo con le Istituzioni, con il Ministero dell'Università e della Ricerca, con il Consiglio Universitario Nazionale, con l'Agenzia Nazionale di Valutazione Universitaria, con il Ministero della Salute, con l'Osservatorio delle Professioni Sanitarie, con la Conferenza Stato-Regioni. Sarà inoltre mantenuta l'importante interazione con la Conferenza Permanente delle Facoltà e Scuole di Medicina e Chirurgia, con la Conferenza Permanente dei Corsi di studio a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e con l'Intercollegio.

gap formativi e che affrontano con difficoltà i percorsi accademici;

- come integrare nei curricula formativi lo sviluppo delle competenze per preparare professionisti capaci di sostenere la trasformazione digitale del sistema salute.

Nella sessione di confronto istituzionale saranno approfonditi i temi dello sviluppo dei saperi disciplinari, le sue implicazioni ordinali nonché l'offerta di dottorati. La terza sessione sarà dedicata ai lavori della Conferenza: le Commissioni Nazionali si incontreranno e quindi si riuniranno in Assemblea generale per discutere, tra gli altri, aspetti sull'ammodernamento dei documenti di consenso elaborati della Conferenza attinenti alla progettazione del tirocinio, la valutazione delle competenze professionali e le linee guida sulle tesi.

Bibliografia

Annuario della Formazione Sanitaria 2022: <http://www.annuarioformazioneanisa.it/>

Sistema AVA 3.0: <https://www.anvur.it/attivita/ava/accreditamento-periodico/modello-ava3/>

Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1997/02/20/097A1165/sg>

Bernardelli, G., et al., La laurea magistrale impatta sulle conoscenze, l'occupazione e l'upgrading professionale? in *Medicina e Chirurgia*, 85, 3802-3808, 2020. DOI: 10.4487/medchir2020-85-8.

Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie (2010). Statuto della Conferenza Permanente delle Classi di Laurea e Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie.

Definizione delle modalità e dei contenuti della prova di ammissione c.d. test TOLC ai corsi di laurea e laurea magistrale a ciclo unico medicina e chirurgia e odontoiatria e protesi dentaria e medicina veterinaria

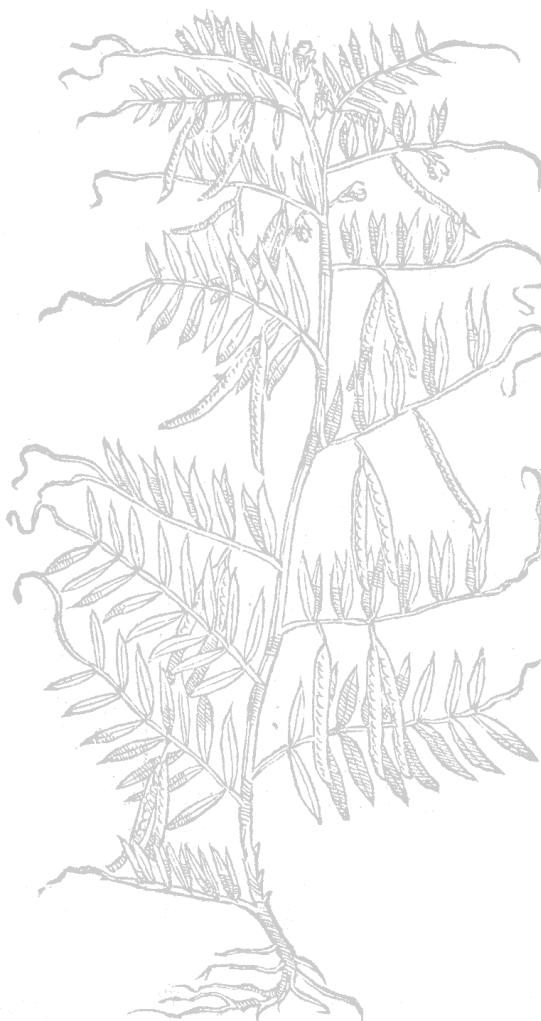
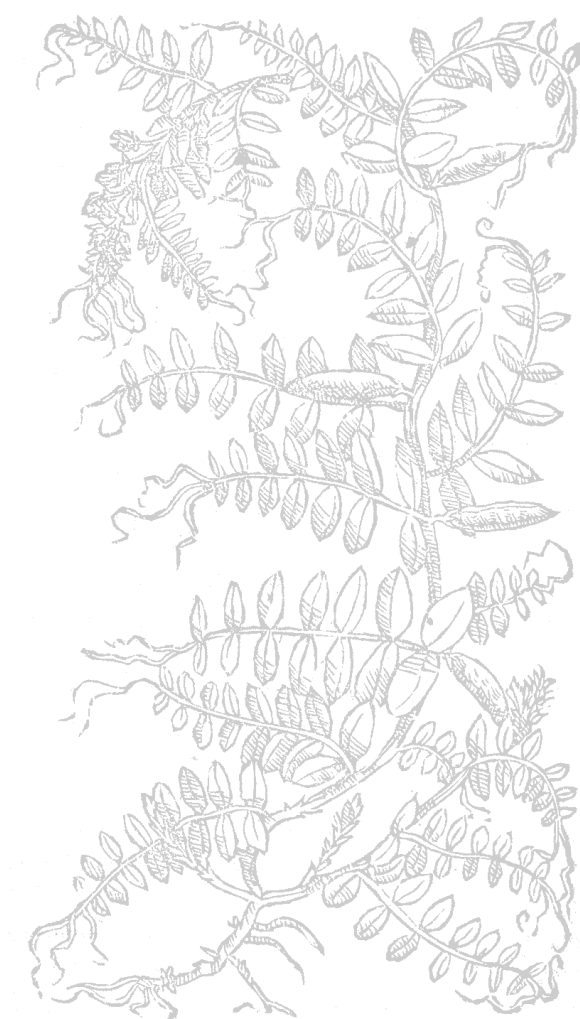
in lingua italiana per l'a.a. 2023/2024.
<https://www.mur.gov.it/it/atti-e-normativa/decreto-ministeriale-n-1107-del-24-9-2022>.

Linee guida per la definizione dei Protocolli d'intesa ex art. 6, comma 3, D. Lgs. 502/1992 e s.m.i. per la formazione delle Professioni sanitarie.

Report Annuale 2022-23:
<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e->

[professione/2022-11-10/professioni-sanitarie-ecco-report-annuale-tutti-dati-carenze-ed-esuberanti-appello-universita-rivedano-criteri-determinazione-posti-mettere-bando-serve-piu-equilibrio-104653.php?uuid=AEcKFpFC&refresh_ce=1](https://www.mur.gov.it/it/atti-e-normativa/decreto-ministeriale-n-1107-del-24-9-2022)

Saiani L., Storia e obiettivi della Conferenza Permanente delle Classi di laurea e laurea magistrale delle Professioni sanitarie, *Medicina e Chirurgia*, 68: 3109-3111, 2015. DOI: 10.4487/medchir2015-68-5.



Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie: Dati sull'accesso ai corsi e programmazione dei posti nell'A.A. 2022-23

Professions Degree Courses: Data on admission to courses and planning of places in A.Y. 2022-23

Angelo Mastrillo

Segretario della Conferenza Nazionale Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie e Docente nel Corso di Laurea in Tecniche di Neurofisiopatologia dell'Università di Bologna

Riassunto

Il rapporto annuale riguardante i dati sull'accesso ai corsi delle professioni sanitarie e alla programmazione dei posti, riferito all'anno accademico 2022-2023, mette in evidenza una serie di dati importanti utili per la definizione dei fabbisogni del prossimo anno accademico. Si auspica che il MUR e le Università possano rivedere i criteri della determinazione dei posti

Abstract

The annual report regarding data on access to health professions courses and place programming, referring to the academic year 2022-2023, highlights several essential data helpful in defining the needs of the next academic year. It is hoped that the MUR and the universities can review the criteria for determining the places to be

Parole Chiave

Professioni sanitarie, programmazione dei fabbisogni sanitari, accesso ai corsi delle professioni sanitarie

Key Words

Health professions, health needs planning, access to health professions courses

Introduzione

Con questo rapporto annuale siamo alla 27ma edizione consecutiva dall'avvio dei Corsi di studio Universitari delle Professioni sanitarie; dal 1996 al 2000 con i Diplomi Universitari e dal 2001 con i Corsi di Laurea triennale e dal 2004 dei Corsi di Laurea Magistrale.

La relazione è svolta nell'ambito della Conferenza Nazionale dei Corsi di Laurea Professioni Sanitarie (CLPS) di cui è nuovo Presidente Alvisa Palese, terza eletta in ordine di tempo dopo Luisa Saiani nel 2014 e Luigi Frati nel 1997.

La rilevazione dei dati sui vari Corsi di studio è possibile solo grazie alla preziosa e costante collaborazione di tutte le 46 Università che ogni anno comunicano le rispettive informazioni.

Mentre i dati sui fabbisogni formativi sono disponibili grazie alle Regioni e ai 3 Ordini delle 22 Professioni, che forniscono anche i numeri degli abilitati per ciascuna Professione.

Primi risultati dei dati delle Università: è in calo il numero delle domande di ammissione ai 22

da mettere a bando, rimodulando e riequilibrando alcune carenze rispetto ai diversi esuberanti di offerta formativa. L'obiettivo è di ricercare un equilibrio tra bisogni sanitari e sociali emergenti, occupazione, mercato del lavoro e preparazione culturale di qualità di tutte le 22 Professioni Sanitarie.

put up for bid, reshaping and rebalancing some of the shortages against some of the redundancies in educational offerings. The goal is to balance emerging health and social needs, employment, the jobs market, and the quality of the cultural preparation of all 22 Health Professions.

Corsi di Laurea triennale delle Professioni Sanitarie con 72.736 rispetto alle 78.074 dello scorso anno, pari al -6,8% per Università (Tab.1) e per ognuno dei Corsi di Laurea (Tabb. 2 e 3).

Al contrario, si rileva un aumento delle domande per i Corsi di Laurea Magistrale della Professioni Sanitarie, da 12.821 dello scorso anno alle attuali 14.595, con +14% (Tab. 7).

L'aumento delle domande riguarda anche i Corsi di Laurea Magistrale a ciclo unico di Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria, con +2,2% dalle 63.972 domande dello scorso anno alle attuali 65.378, registrate sul portale University del Ministero dell'Università (MUR) sulle 40 Università Statali.

Per le Professioni Sanitarie, rispetto allo scorso anno i posti a bando sono aumentati del +8,4%, da 30.451 a 32.998, a fronte di un calo delle domande da 78.074 a 72.736, determinando di conseguenza una riduzione (Tab. 4) del rapporto domande su posti a bando (D/P) da 2,6 del

2021 all'attuale 2,2 che era 2,9 nel 2020 (Fig. 1).

Per quanto riguarda i fabbisogni formativi per le Professioni Sanitarie si rileva un aumento da parte di quasi tutte le Regioni con +2.586 posti (+7,2%) dai 36.054 dello scorso anno agli attuali 38.640 (Tab. 5).

Aumenta, ma in misura maggiore con +22%, anche il fabbisogno da parte delle Categorie da 36.473 dello scorso anno rispetto agli attuali 44.399. In aumento anche il potenziale formativo offerto dagli Atenei al Ministero

Distribuzione posti per professione

L'aumento di 2.547, +8,4% sullo scorso anno, riguarda quasi tutte le 22 professioni (Tab. 4), ad eccezione di 3: Tecnico Audioprotesista (-18%), Tecnico Ortopedico (-3,9%) e Terapista della Neuro e Psicomotricità (-2,4%). Mentre, al contrario, l'incremento maggiore, in valori assoluti, è per Infermiere con +1.981, da 17.394 a 19.375 (+11,4%), per Educatore professionale

Distribuzione posti per Regioni

Analogo incremento riguarda tutte le Regioni. Fra gli aumenti maggiori, sia in valori assoluti che percentuali, tutte le Università della Sicilia con +660 posti, da 2.008 a 2.668 (+33%), le Università della Lombardia con +398, da 4.034 a 4.432 (+10%), del Veneto con +203 da 2.414 a 2.617 (+8%), della Puglia con +205, da 1.453 a 1.658 (+14%).

A seguire, le Università della Regione Lazio con +191 da 6.030 a 6.221 (+3%), del Piemonte con +145, da 1.784 a 1.929 (+8%), e della Regione

Distribuzione dei posti per Università

Per quanto riguarda la suddivisione dei 32.998 posti (Tab. 1), solo in alcune Università il numero è superiore a 1.000: Roma Sapienza 4.029, Padova 1.671, Milano 1.558, Roma Tor Vergata 1.515, Torino 1.267, Verona 1.248, Messina 1.043 e Bologna 1.039. Tutte le altre Università hanno un'assegnazione di posti inferiore a 1.000: Bari 991, Napoli Campania 937, Ferrara 903, Firenze 898, Napoli Federico II 888, Palermo 877, Roma Cattolica 869, Genova 821, Ancona 810.

Distribuzione dei posti per profili

La ripartizione dei posti per Profili (Tab. 4) vede il maggiore numero di Corsi e di sedi per il corso di Infermiere con 45 Corsi su 228 sedi per 19.375 posti, poi Fisioterapista con 42 su 88 sedi per 2.622 posti, Tecnico di Radiologia con 37 Corsi su 56 sedi su 1.327 posti, Tecnico di Laboratorio con 35 su 46 e 1.212 posti, Ostetrica con 35 Corsi su 47 sedi e 1.097 posti,

dell'Università, da 30.451 dello scorso anno agli attuali 32.998 con +8,4% (Fig. 2).

Trattasi di un Potenziale che per il secondo anno consecutivo il Ministero dell'Università ha ratificato con 2 Decreti, il primo provvisorio e il secondo uguale e definitivo assegnando tutti i posti, indipendentemente dai fabbisogni indicati dalle Regioni e dalle Categorie. Questo ha determinato di conseguenza un esubero rispetto alle Regioni e alle Categorie per alcuni Corsi: per Dietista +49%, da 364 a 544, e per Tecnico di Neurofisiopatologia +47%, da 126 a 185.

+101 da 708 a 809 (+14%), Assistente sanitario +72 da 530 a 602 (+14%) e Dietista +71 da 473 a 544 (+15%).

L'aumento maggiore in percentuale è per Tecnico di Neurofisiopatologia, da 151 a 185, +34 (+23%) con esubero rispetto ai 126 del fabbisogno di Regioni e Categoria su Lazio e Sicilia.

Emilia Romagna +114, da 2.817 a 2.931 (+4%). Al disotto di 100: con +93 Friuli Venezia Giulia da 589 a 682 (+16%), Calabria +90 da 665 a 775 (+14%), Marche +75 da 735 a 810 (+10%), +70 Molise da 230 a 300 (+30%) e tutte le altre con valori inferiori: Umbria con +55, da 562 a 617 (+10%), Liguria +53, da 768 a 821 (+7%) e poi le Università della Campania +46 da 2.024 a 2.070 (+2,3%), Abruzzo +21, da 1.068 a 1.089 (+2,0%) e infine Sardegna +17, da 668 a 685 (+2,5%).

Al di sotto di 800 posti, Catanzaro 755, Brescia 725, Catania 648, Novara 627, Pisa 621, Perugia 617 e Chieti 601.

A seguire Modena 586, Pavia 572, Foggia 539, Parma 516, L'Aquila 488, Varese 442, Siena 419, Cagliari, 410 e Trieste 408. Seguono sotto 300 posti: Sassari 275, Udine 274, Milano Humanitas 255, Milano San Raffaele 250, Salerno 245, Campobasso 205, Roma Campus 153, Roma UniCamillus 135, Casamassima LUM 120, Enna 100, Lecce 73 e Trento 40.

Sotto i mille posti: Logopedista con 29 Corsi su 37 sedi e 915 posti, Tecnico Prevenzione con 27 Corsi su 32 sedi e 852 posti, Igienista Dentale con 28 Corsi su 34 sedi e 825, Educatore professionale con 15 Corsi su 18 sedi e 809 posti, Assistente sanitario 14 corso su 15 sedi e 602 posti.

Seguono Dietista con 23 Corsi e 24 sedi per 544 posti, Tecnico Riabilitazione psichiatrica 19 Corsi e sedi con 445 posti, Terapista Neuropsicomotricità con 14 Corsi e 16 sedi per 407 posti, Ortottista 18 Corsi e sedi con 309 posti, Audioprotesista 280 posti su 13 Corsi e 14 sedi. Al di sotto di 10 corsi Terapista Occupazionale 274 posti su 8 Corsi e sedi, Infermiere Pediatri-

co 264 posti su 8 Corsi e 9 sedi, Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria 243 posti su 14 Corsi e sedi, Tecnico Ortopedico 199 posti su 10 Corsi e 11 sedi, Tecnico Neurofisiopatologia con 185 posti su 13 Corsi e 14 sedi, Podologo con 117 posti su 6 Corsi e sedi e in-fine Tecnico Audiometrista con 95 posti su 6 Corsi.

Domande di ammissione per Università

E' in calo il numero totale delle domande da 78.074 dello scorso anno alle attuali 72.736 con 5.338 domande in meno, pari al -6,8% (Tab. 1), che riguarda quasi tutte le Università statali ad eccezione di Genova, Perugia, Roma Tor Vergata, Campobasso e Palermo. I valori percentuali del calo, in ordine decrescente, riguardano le 33 Università statali di Pavia e Udine con il -23%, Milano -18%, Napoli Federico II -17%, Firenze -16%, Varese -15%, Trieste -

14%, Siena -13%, Bologna e Chieti -12%, Ferrara e Sassari -11%, Pisa -10%. A seguire Ancona con -8,5%, Salerno -7,8%, Roma Sapienza -7,7%, Catanzaro -6,8%, Cagliari -6,7%, Verona -6,6%, Modena -6,1%, Torino 5,9%, Novara -4,9%, L'Aquila -4,5%, Padova con -3,6%, Parma -2,7%, Brescia -2,6% e Bari con -2,1%. Mentre un calo minore, sotto il -1,5%, riguarda Napoli Vanvitelli, Milano Bicocca -1,4%, Foggia -1,3%, Catania -1,1% e Messina -0,3%.

Le professioni più attrattive

Il rapporto D/P medio fra i 22 corsi è di 2,2 (Tab. 4), in calo rispetto sia al 2,6 dello scorso anno che al 2,9 del 2020, che riguarda tutti i Corsi. Come classifica si confermano quasi tutte le posizioni degli anni scorsi: al primo posto si conferma Fisioterapista con rapporto D/P pari a 7,6; al secondo posto Ostetrica con 5,8; al terzo Dietista con 4,4; al quarto Logopedista con 4,1 e al quinto posto Tecnico Radiologia con 3,3. (Fig. 1).

Seguono quindi a 3,2 Igienista Dentale; a 2,5 Infermiere Pediatrico e Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva. Sotto 2; Tecnico di Laboratorio con 1,7; Tecnico di Neurofisiopatologia, Tecnico della Riabilitazione Psi-

chiatrica e Podologo con 1,6; Infermiere e Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria con 1,3; Ortottista ed Educatore Professionale con 0,9; Tecnico della Prevenzione con 0,8; Tecnico Ortopedico con 0,7; Tecnico Audiometrista e Tecnico Audioprotesista con 0,6. Infine, analogamente agli scorsi anni, nelle ultime 2 posizioni ci sono Assistente Sanitario con 0,5 e Terapista Occupazionale con 0,4 con 274 domande su 108 posti a bando.

Per alcune le domande sono inferiori ai posti a bando delle Università, in 111 corsi sul totale di 459 e in 33 Università su 46, per 14 professioni su 22 (Tab. 1).

Riflessioni sulla programmazione dei posti A.A. 2022-2023

Per il secondo anno consecutivo il Ministero dell'Università ha messo a bando tutti i posti dell'offerta formativa proposti dalle Università, con un totale di 32.998. Numero che è inferiore al totale di 39.800 del fabbisogno stabilito con l'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 6 luglio 2022.

La carenza è di -6.802 posti, pari al -17%, in prevalenza su Infermieristica per -4.977 posti, pari al -20% rispetto ai 24.352 del fabbisogno. Dall'analisi dettagliata per ognuna delle 22 Professioni (Tab. 5) si rilevano tre diverse situazioni:

Parità o quasi che riguarda solo le 4 Professioni di Infermiere Pediatrico, Terapista della Neuropsicomotricità dell'età evolutiva (-1%), Logopedista e Ortottista (+3%).

Carenza, per 12 professioni, con i posti delle Università inferiori ai fabbisogni: Educatore

professionale (-53%), Tecnico Audiometrista e Audioprotesista (-49%), Terapista Occupazionale (-48%). Seguiti da Podologo (-43%), Assistente sanitario (-37%), Infermiere (-20%), Tecnico Ortopedico (-19%), Tecnico di Laboratorio (-11%), Ostetrica e Tecnico Riabilitazione psichiatrica (-9%), Fisioterapista (-8%).

Esuberato, al contrario, che riguarda 6 professioni e soprattutto Dietista con +49% fra Università con 544 posti rispetto ai 364 del fabbisogno e Tecnico di Neurofisiopatologia con +47% fra i 185 dell'Università e i 126 del fabbisogno. Con valori minori Igienista Dentale con +25% fra 825 e 659, Tecnico di Radiologia con +18% fra 1.327 dell'Università e 1.125 del fabbisogno; Tecnico di Fisiopatologia cardiocircolatoria +13% fra 243 e 216, Tecnico della Prevenzione +7%, fra 852 e 796.

Corsi di Laurea Magistrale

Siamo al 19° anno di attivazione per le 5 classi di Infermieristica-Ostetrica, Riabilitazione, Tecnico Diagnostica, Tecnico Assistenziale e Prevenzione (Tab. 6 e Fig. 3). In totale sui 19 anni sono stati 41.992 i posti messi a bando, meno dei 49.803 dalle Regioni (-16%) e con una media di 2.210 posti all'anno.

Si conferma l'incremento del fabbisogno deciso dalle Regioni dopo il raddoppio dello scorso anno da 5.176 a 9.457.

Per quanto riguarda il numero delle domande presentate su ognuna delle 5 classi per questo

A.A. 2022-23 (Tab. 7) rispetto ai 3.194 posti a bando ci sono 14.595 domande, che sono superiori alle 12.801 dello scorso anno, pari al +14%.

Il Corso più richiesto resta quello della I classe Infermieristica e Ostetrica con 11.583 domande su 1.644 posti e D/P di 7; segue la Riabilitazione 1.641 domande su 695 posti e D/P di 2,4; la Prevenzione 510 domande su 250 posti e D/P di 2,0; Tecnico Assistenziale 195 domande su 93 posti e D/P di 2,1 e infine Tecnico Diagnostica 666 domande su 512, posti D/P 1,3.

Prospettive per l'anno accademico 2023-2024

La Conferenza dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie auspica che il tavolo per la definizione dei fabbisogni del prossimo anno si attivi per tempo e che anche le Università possano rivedere i criteri della determinazione dei posti da mettere a bando, rimodulando e riequilibrando

alcune carenze rispetto ad alcuni esuberanti di offerta formativa.

L'obiettivo è di ricercare un equilibrio tra bisogni sanitari e sociali emergenti, occupazione, mercato del lavoro e preparazione culturale di qualità di tutte le 22 Professioni Sanitarie.

Ringraziamenti

Si ringraziano per la collaborazione le Presidenze, i docenti e il personale delle segreterie delle Facoltà e Scuole di Medicina e Chirurgia delle 34 Università di: Ancona (Rosanna Daniele), Bari (Gaetano Pace), Bologna (Laura Tarsitano), Brescia (Monica Bonfardini), Campobasso (Mariacristina Cefaratti), Casamassima LUM (Bruno Moncharmont), Catania (Grazia Maria Morsò), Catanzaro (Franco Maurici), Chieti (Roberto Bidinelli), Enna (Salvatore Berrittella), Firenze (Michele Moraccini), Foggia (Maria Francesca), Genova (Leda Masi), L'Aquila (Giuseppina Molinara), Lecce (Luisa Siculella), Messina (Alfonso De Salvo), Milano Bicocca (Rosa Tricarico), Milano S. Raffaele (Paola Tedeschi), Modena-Reggio (Noemi Generali), Napoli Federico II (Giovanni Fraconte), Napoli Campania (Nicola Della Volpe), Novara (Valter Rolando), Palermo

(Raimondo Abbandoni), Pavia (Nicoletta Orifici), Perugia (Catia Dorilli), Roma Campus Biomedico (Marina Mocciano), Roma Cattolica (Angela Nappi) e Claudiana di Bolzano (Guido Bocchio), Roma Sapienza (Marco Buzzi), Roma Tor Vergata (Rosaria Alvaro), Roma UniCamillus (Gero Nucera), Salerno (Daniela Citro), Torino (Paola Ropolo), Trento (Paola Marzadro), Trieste (Stefano Silli) e Verona (Mariachiara Peretti).

Inoltre, i dati sono stati ottenuti grazie alla relativa pubblicazione sui siti web e portali delle 12 Università di: Milano Statale, Milano Humanitas, Varese, Padova, Udine, Parma, Ferrara, Pisa, Siena, Messina, Cagliari e Sassari.

Infine, ringrazio per la verifica dei dati i miei colleghi dell'Università di Bologna: Elisabetta Cenerelli e Angelo Guerra.

CORSI DI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE A.A. 2022 - 23												
RAPPORTO DOMANDE ISCRIZIONE SU POSTI A BANDO - PER UNIVERSITA'												
Elab. A	Domande	Posti	D/P	Corsi	Sedi	Domande	Posti	D/P	Differenza 2022 vs 2021			
Università	2022	2022				2021	2021		Domande		Posti	
1 TORINO	3.178	1.267	2,5	17	26	3.376	1.201	2,8	-198	-5,9%	66	5,5%
2 NOVARA	873	627	1,4	6	12	918	538	1,7	-45	-4,9%	89	16,5%
3 BRESCIA	1.564	725	2,2	11	20	1.605	701	2,3	-41	-2,6%	24	3,4%
4 MILANO	3.812	1.558	2,4	22	48	4.661	1.404	3,3	-849	-18,2%	154	11,0%
5 MILANO Bicocca	1.079	535	2,0	7	11	1.094	469	2,3	-15	-1,4%	66	14,1%
6 *MILANO Humanitas	1.026	255	4,0	2	4	1.069	190	5,6	-43	-4,0%	65	34,2%
7 *MILANO S.Raffaele	862	250	3,4	4	5	1.234	250	4,9	-372	-30,1%	0	0,0%
8 PAVIA	849	572	1,5	15	18	1.100	541	2,0	-251	-22,8%	31	5,7%
9 VARESE	575	442	1,3	8	10	677	394	1,7	-102	-15,1%	48	12,2%
10 TRENTO	93	40	2,3	1	1							
11 VERONA	2.120	1.248	1,7	12	19	2.269	1.168	1,9	-149	-6,6%	80	6,8%
12 PADOVA	3.620	1.671	2,2	18	35	3.754	1.552	2,4	-134	-3,6%	119	7,7%
13 TRIESTE	628	408	1,5	9	9	734	319	2,3	-106	-14,4%	89	27,9%
14 UDINE	547	274	2,0	4	5	711	270	2,6	-164	-23,1%	4	1,5%
15 GENOVA	1.682	821	2,0	18	27	1.661	768	2,2	21	1,3%	53	6,9%
16 BOLOGNA	2.290	1.039	2,2	13	26	2.605	1.024	2,5	-315	-12,1%	15	1,5%
17 PARMA	1.051	516	2,0	9	12	1.080	491	2,2	-29	-2,7%	25	5,1%
18 MODENA REGGIO	1.051	586	1,8	12	13	1.119	568	2,0	-68	-6,1%	18	3,2%
19 FERRARA	1.639	903	1,8	10	13	1.853	823	2,3	-214	-11,5%	80	9,7%
20 ANCONA	1.454	810	1,8	11	17	1.589	735	2,2	-135	-8,5%	75	10,2%
21 FIRENZE	1.918	898	2,1	12	18	2.275	860	2,6	-357	-15,7%	38	4,4%
22 PISA	1.864	621	3,0	13	17	2.069	621	3,3	-205	-9,9%	0	0,0%
23 SIENA	674	419	1,6	12	16	776	421	1,8	-102	-13,1%	-2	-0,5%
24 PERUGIA	983	617	1,6	7	9	978	562	1,7	5	0,5%	55	9,8%
25 *ROMA Campus	586	153	3,8	3	3	487	163	3,0	99	20,3%	-10	-6,1%
26 *ROMA Cattolica	1.830	869	2,1	11	29	2.170	830	2,6	-340	-15,7%	39	4,7%
27 ROMA Sapienza	5.847	4.029	1,5	21	78	6.333	3.752	1,7	-488	-7,7%	277	7,4%
28 ROMA Tor Vergata	3.478	1.515	2,3	19	40	3.458	1.610	2,1	20	0,6%	-95	-5,9%
29 *ROMA UniCamillus	396	135	2,9	5	5	292	125	2,3	104	35,6%	10	8,0%
30 CHIETI	1.312	601	2,2	13	15	1.491	615	2,4	-179	-12,0%	-14	-2,3%
31 L'AQUILA	908	488	1,9	11	12	951	453	2,1	-43	-4,5%	35	7,7%
32 CAMPOBASSO	307	205	1,5	3	4	285	150	1,9	22	7,7%	55	36,7%
33 FOGGIA	1.324	539	2,5	5	9	1.342	385	3,5	-18	-1,3%	154	40,0%
34 BARI	3.843	991	3,9	18	27							
35 *CASAMASSIMA LUM	179	120	1,5	1	1	4.411	1.133	3,9	-94	-2,1%	51	4,5%
36 LECCE	295	73	4,0	1	1							
37 NAPOLI Federico II	2.440	888	2,7	16	33	2.940	885	3,3	-500	-17,0%	3	0,3%
38 NAPOLI Campania	2.503	937	2,7	12	29	2.542	894	2,8	-39	-1,5%	43	4,8%
39 SALERNO	986	245	4,0	4	8	1.069	245	4,4	-83	-7,8%	0	0,0%
40 CATANZARO	1.460	755	1,9	7	10	1.566	665	2,4	-106	-6,8%	90	13,5%
41 CATANIA	2.149	648	3,3	13	13	2.174	503	4,3	-25	-1,1%	145	28,8%
42 *ENNA	153	100	1,5	1	1							
43 MESSINA	2.330	1.043	2,2	13	17	2.336	820	2,8	-8	-0,3%	223	27,2%
44 PALERMO	2.478	877	2,8	14	18	2.284	685	3,3	194	8,5%	192	28,0%
45 CAGLIARI	1.505	410	3,7	9	10	1.613	375	4,3	-108	-6,7%	35	9,3%
46 SASSARI	995	275	3,6	6	6	1.123	293	3,8	-128	-11,4%	-18	-6,1%
TOTALE	72.736	32.998	2,2	459	760	78.074	30.451	2,6	-5.338	-6,8%	2.547	8,4%
NORD	28.539	13.737	2,1	198	314	31.520	12.671	2,5	-2.981	-9,5%	1.066	8,4%
CENTRO	21.250	11.155	1,9	138	259	22.869	10.747	2,1	-1.619	-7,1%	408	3,8%
SUD	22.947	8.106	2,8	123	187	23.685	7.033	3,4	-738	-3,1%	1.073	15,3%
39 Statali	67.704	31.116	2,2	432	712	72.822	28.893	2,5	-5.118	-7,0%	2.223	7,7%
*7 non Statali	5.032	1.882	2,7	27	48	5.252	1.558	3,4	-220	-4,2%	324	20,8%

Tabella 1 – Domande su posti, totali per Università nei 22 Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie AA 2022-23

CORSI DI LAUREA TRIENNALE FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA A.A. 2022 - 2023																						
RAPPORTO DOMANDE ISCRIZIONE SU POSTI A BANDO																						
Eub. A. Nastro	Classe 1												Classe 2									
	INFERMIERE		INFERMIERE PEDIATRICO		OSTETRICA		EDUCATORE PROFESS.		PSIOTERAPISTA		LOGOPEDISTA		ORTOTTISTA		PODLOGO		TECNICO RIABIL. PSICHIATR.		TERAPISTA NEUROPSICOM. ETA' EVOL.		TERAPISTA OCCUPAZIONALE	
	Dom.	Posti	Dom.	Posti	Dom.	Posti	Dom.	Posti	Dom.	Posti	Dom.	Posti	Dom.	Posti	Dom.	Posti	Dom.	Posti	Dom.	Posti	Dom.	Posti
TORINO	876	790	93	26	364	30	110	110	756	50	176	31	32	10			57	21	101	15		
NOVARA	353	404					3	74	390	72												
BRESCIA	382	351			149	25	51	90	544	80							55	20				
MILANO	916	785	110	25	283	50	86	80	987	95	334	75	22	20	42	25	89	25	130	50	8	25
MILANO Biocosa	333	315			198	50			306	50									70	30		
MILANO Humanitas	312	205							714	50												
MILANO S.Raffaele	243	140			153	30			385	40												
PAVIA	202	291			83	20			263	40	74	34					10	15	26	15	3	15
VARESE	171	249			75	20	31	60	192	38												
TRENTO							93	40														
VERONA	801	914			150	30			662	80	115	30					33	20				
PADOVA	1.076	950			309	60	31	50	1002	107	162	30	21	15			27	25	95	20	12	30
TRIESTE	177	180							157	31	66	31					21	16				
UDINE	240	185			68	19	39	40	200	30												
GENOVA	498	440	42	23	106	20	27	40	531	70	59	15	9	15	12	20	40	25	30	15		
BOLOGNA	776	656			209	31	38	70	705	80	71	18			31	12						
PARMA	355	320			133	23			355	45	52	15	18	20								
MODENA REGGIO	259	324			111	23			287	31	56	23					41	20			11	28
FERRARA	340	444			186	50			513	70	136	50	31	48			48	47				
ANCONA	497	510			103	25	18	30	403	60	113	50							45	20		
FIRENZE	575	600			190	20	60	40	648	63	80	15										
PISA	618	390			188	20			420	25	91	18			19	16	32	20	60	15		
BIENA	202	239			62	15			172	25	46	14	1	12								
PERUGIA	364	462			133	30			252	35	59	20										
ROMA Campus	119	73							381	50												
ROMA Cattolica	741	493			137	50			480	95	131	40	7	10					31	16	27	36
ROMA Sapienza	2.005	2.510	94	35	540	64			1.549	296	337	40	19	15	27	19	52	34	114	50	16	74
ROMA Tor Vergata	1.039	910	85	30	309	50	40	25	873	75	230	45	18	25	57	25	35	25	112	40		
ROMA UniCamillus	150	80			108	15			82	15												
CHIETI	394	248			108	30			333	75	89	16	14	22							10	27
L'AQUILA	287	196			70	20			250	70	98	30	2	20			24	30	42	30		
CAMPORASSO	169	150							125	30												
FOGGIA	930	421							192	30												
BARI	1.557	458			371	29	35	30	753	113	243	40	26	9			59	22				
CASAMASSIMA LUM	179	120																				
LECCE	295	73																				
NAPOLI Federico II	994	420	110	40	217	60			396	70	132	32	24	18								
NAPOLI Campania	1.084	467	72	40	202	40			511	100	207	60	6	10			32	20	107	55		
SALERNO	457	150			110	35			327	45												
CATANZARO	793	500							449	75	118	50										
CATANIA	681	360			283	30			574	38	148	25	20	15			31	15			21	39
ENNA	153	100																				
MESSINA	754	610	54	45	207	23			846	86	88	23	6	15			21	30	57	36		
PALERMO	1.213	585			239	20			469	35	118	25	4	10			26	15				
CAGLIARI	612	160			114	20	36	30	311	25												
SASSARI	367	147			86	20			266	32	95	20										
TOTALE	25.539	19.375	660	264	6.354	1.097	696	809	20.013	2.622	3.724	915	280	309	188	117	733	445	1.020	407	108	274
Domande su 1 posto	1,3	2,5	5,8	0,9	7,6	4,1	0,9	1,6	1,6	2,5	0,4											
Conc	45	8	35	15	42	29	18	6	19	14	8											
Scd	228	9	47	18	88	37	18	6	19	16	8											
Media posti x sede	85	29	23	45	30	25	17	20	23	25	34											
AA 2021-22	27.862	17.384	742	284	6.360	1.034	893	708	21.851	2.697	4.360	958	304	292	202	116	788	440	1.087	417	97	251
Differenza 2022 vs 2021	-2.413	1.881	-82	0	4	83	6	101	-1.838	26	-838	69	-24	17	-14	1	-66	6	-47	-10	11	23
	-8,6%	11,4%	-11,1%	0,0%	0,1%	8%	0,7%	14,3%	-8,4%	1,0%	-19,0%	8,3%	-7,9%	5,8%	-8,3%	0,8%	-7,0%	1,1%	-4,4%	-2,4%	11,3%	8,2%

Tabella 2 – Domande su posti nei Corsi di Laurea delle classi 1 e 2 per ognuna delle Professioni sanitarie AA 2022-23

CORSI DI LAUREA TRIENNALE FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA A.A. 2022 - 23																							
RAPPORTO DOMANDE ISCRIZIONE SU POSTI A BANDO																							
Classe 3														Classe 4				TOTALE					
DIETISTA		IGIENISTA DENTALE		TECNICO AUDIO METRISTA		TECNICO AUDIO PROTESISTA		TECNICO FISIOCARDIO CIRCOLAT.		TECNICO NEUROFISIO PATOLOGIA		TECNICO ORTOPEDICO		TECNICO LABORATORIO		TECNICO RADIOLOGIA			ASSISTENTE SANITARIO		TECNICO PREVENZIONE		
Dom.	Posti	Dom.	Posti	Dom.	Posti	Dom.	Posti	Dom.	Posti	Dom.	Posti	Dom.	Posti	Dom.	Posti	Dom.	Posti		Dom.	Posti	Dom.	Posti	
180	20	140	27	2	10	6	19			34	10			87	43	129	27			35	28	TORINO	
		53	24											23	29	51	24					NOVARA	
101	15	105	18											64	30	86	23	11	50	16	23	BRESCIA	
262	27	226	60	6	15	15	25	26	15	20	15	13	20	94	45	111	30	20	26	12	25	MILANO	
		81	30											38	30	51	30					MILANO Bicocca	
																							MILANO Humanitas
		61	40																				MILANO S.Raffaele
46	15	40	16					9	13	7	10	10	15	24	25	40	23				12	25	PAVIA
		30	20					9	15					26	20	41	20						VARESE
		142	34					22	15			11	15	59	35	73	30	26	25	26	20		TRENTO
272	30	189	55	15	20	38	40			36	15			98	32	180	72	22	72	35	48		PADOVA
		67	30											53	40	48	20	23	40	16	20		TRIESTE
																							UDINE
75	15	76	21					12	10			5	12	45	15	94	30	7	20	14	15		GENOVA
92	20	82	20							33	10	18	17	72	27	152	56				11	22	BOLOGNA
						5	20							56	30	61	18				16	25	PARMA
74	15	60	20					22	15					54	26	60	26	16	35				MODENA REGGIO
110	46	131	50											39	48	105	50						FERRARA
40	20	67	20											50	25	104	30				14	20	ANCONA
103	11									31	10	9	18	74	30	112	25	14	48	22	18		FIRENZE
81	12	90	15			12	25							85	20	143	20				25	25	PISA
38	20	46	15			7	15	7	10					32	20	52	10				9	24	SIENA
														49	20	111	25				15	25	PERUGIA
																86	30						ROMA Campus
81	35	69	38											28	30	98	26						ROMA Cattolica
173	15	193	120	7	30	11	30	41	15	22	15	7	44	137	188	433	248	7	50	63	137		ROMA Sapienza
201	30	121	30			15	30	18	15	21	20	17	20	88	40	161	40				38	40	ROMA Tor Vergata
														30	15	26	10						ROMA Unicoampus
74	30	53	13					24	27					67	14	104	35	17	37	25	27		CHIETI
		30	19											33	20	63	33				9	20	L'AQUILA
																					13	25	CAMPOBASSO
28	20													71	38	103	30						FOGGIA
98	18	122	15	16	10	8	19	22	20	19	10	20	20	70	28	323	50	34	60	67	40		BARI
																							LUM Bari
																							LECCE
80	25	108	20	7	10	18	15	31	18	24	12	25	18	95	55	116	40				63	35	NAPOLI Federico II
		70	15											44	50	153	60				15	20	NAPOLI Campania
																92	15						SALERNO
32	30							27	40	26	20							15	40				CATANZARO
74	30					11	15	39	15					57	16	167	25				43	25	CATANZARO
																							CATANZARO
						8	12			13	18			47	45	195	25				34	75	MESSINA
90	45	59	15			3	15			9	20			70	25	152	18	9	29	17	20		PALERMO
		78	25											79	30	150	25	88	70	37	25		CAGLIARI
														49	28	132	28						SASSARI
2.405	544	2.609	825	53	95	157	280	309	243	295	185	135	199	2.087	1.212	4.358	1.327	309	602	702	852	72.736	32.998
4,4	3,2	0,6	0,6	1,3	1,59	0,7	1,7	3,3	0,5	0,8	2,2	Domande su posto											
23	28	6	13	14	13	10	35	37	14	27	459	Costi											
24	34	6	14	14	14	11	46	56	15	32	760	Bedi											
23	24	16	20	17	13	18	26	24	40	27	43	Media posti x sede											
2.784	473	2.332	748	67	86	211	340	304	202	288	161	187	207	2.010	1.212	4.486	1.287	290	630	720	637	78.074	30.451
-888	71	277	77	-4	10	-64	-80	6	41	7	34	-62	-8	77	0	-107	30	18	72	-18	16	-5.338	2.547
-13,9%	16,0%	11,9%	10,3%	-7,0%	11,8%	-25,8%	-17,8%	1,8%	20,3%	2,4%	22,6%	-31,5%	-3,9%	3,8%	0,0%	-2,4%	2,3%	6,8%	10,8%	-2,5%	1,8%	-6,8%	8,4%

Tabella 3 – Domande su posti nei Corsi di Laurea della Classi 2 e 3 per ognuna delle Professioni sanitarie AA 2022-23

LAUREE TRIENNALI FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA AA 2022-23																	
Domande presentate su posti disponibili																	
Elab. A.Mastrillo	2022-23					2021-22					Differenza 2022 vs 2021						
	Domande	Posti	D/P	Corsi	Sedi	Domande	Posti	D/P	Corsi	Sedi	Domande	Posti	Corsi	Sedi	D/P		
1 ASSISTENTE SANITARIO	309	602	0,5	14	15	290	530	0,5	12	13	19	8,8%	72	18,8%	2	2	0,0
2 DIETISTA	2.405	544	4,4	23	24	2.794	473	5,9	22	22	-389	-13,8%	71	16,0%	1	2	-1,6
3 EDUCATORE PROFESSIONALE	898	809	0,9	15	18	893	708	1,0	13	16	5	0,7%	101	14,3%	2	2	-0,1
4 FISIOTERAPISTA	20.013	2.622	7,6	42	68	21.851	2.597	8,4	42	81	-1.838	-8,4%	25	1,0%	0	7	-0,8
5 IGIENISTA DENTALE	2.609	825	3,2	28	34	2.332	748	3,1	27	31	277	11,8%	77	10,3%	1	3	0,0
6 INFERMIERE	25.539	19.375	1,3	45	228	27.952	17.394	1,6	42	221	-2.413	-8,8%	1.981	11,4%	3	7	-0,3
7 INFERMIERE PEDIATRICO	860	264	2,5	8	9	742	264	2,8	8	9	-82	-11,1%	0	0,0%	0	0	-0,3
8 LOGOPEDISTA	3.724	915	4,1	29	37	4.380	856	5,1	26	37	-636	-14,8%	59	8,9%	1	0	-1,0
9 ORTOTTISTA	280	309	0,9	18	18	304	292	1,0	17	17	-24	-7,8%	17	6,3%	1	1	-0,1
10 OSTETRICA	6.354	1.097	5,8	35	47	6.350	1.034	6,1	34	45	4	0,1%	63	8,1%	1	2	-0,3
11 PODOLOGO	188	117	1,6	6	6	202	116	1,7	6	6	-14	-8,8%	1	0,9%	0	0	-0,1
12 TECN. AUDIOMETRISTA	53	95	0,6	6	6	57	85	0,7	5	5	-4	-7,0%	10	11,8%	1	1	-0,1
13 TECN. AUDIOPROTESISTA	157	280	0,6	13	14	211	340	0,6	14	15	-54	-25,8%	-60	-17,8%	-1	-1	-0,1
14 TECN. FISIOPAT. CARDIOCIRC.	309	243	1,3	14	14	304	202	1,5	13	13	5	1,8%	41	20,3%	1	1	-0,2
15 TECN. LABORATORIO	2.087	1.212	1,7	35	45	2.010	1.212	1,7	35	45	77	3,8%	0	0,0%	0	0	0,1
16 TECN. NEUROFISIOPATOLOGIA	295	185	1,6	13	14	288	151	1,9	11	12	7	2,4%	34	22,6%	2	2	-0,3
17 TECN. ORTOPEDICO	135	199	0,7	10	11	197	207	1,0	11	12	-62	-31,5%	-8	-3,9%	-1	-1	-0,3
18 TECN. PREVENZIONE LAVORO	702	852	0,8	27	32	720	837	0,9	28	35	-18	-2,6%	15	1,8%	-1	-3	0,0
19 TECN. RADIOLOGIA	4.358	1.327	3,3	37	56	4.465	1.297	3,4	38	56	-107	-2,4%	30	2,3%	-1	0	-0,2
20 TECN. RIABIL. PSICHIATRICA	733	445	1,6	19	19	788	440	1,8	19	19	-55	-7,0%	5	1,1%	0	0	-0,1
21 TERAPISTA NEURO ETA' EVOL.	1.020	407	2,5	14	16	1.067	417	2,6	14	16	-47	-4,4%	-10	-2,4%	0	0	-0,1
22 TERAPISTA OCCUPAZIONALE	108	274	0,4	8	8	97	251	0,4	8	8	11	11,3%	23	8,2%	0	0	0,0
TOTALE	72.736	32.998	2,2	459	760	78.074	30.451	2,6	447	735	-5.338	-6,8%	2.547	8,4%	12	25	-0,4
39 Università Statali	67.704	31.116	2,2	432	712	72.822	28.893	2,5	419	687	-5.118	-7,0%	2.223	7,7%	13	25	-0,3
7 Università non statali	5.032	1.882	2,7	27	48	5.252	1.558	3,4	28	58	-220	-4,2%	324	20,8%	-1	-10	-0,7

Tabella 4 – Domande su posti nei Corsi di Laurea delle 22 Professioni sanitarie, confronto AA 2022-23 con AA 2021-22

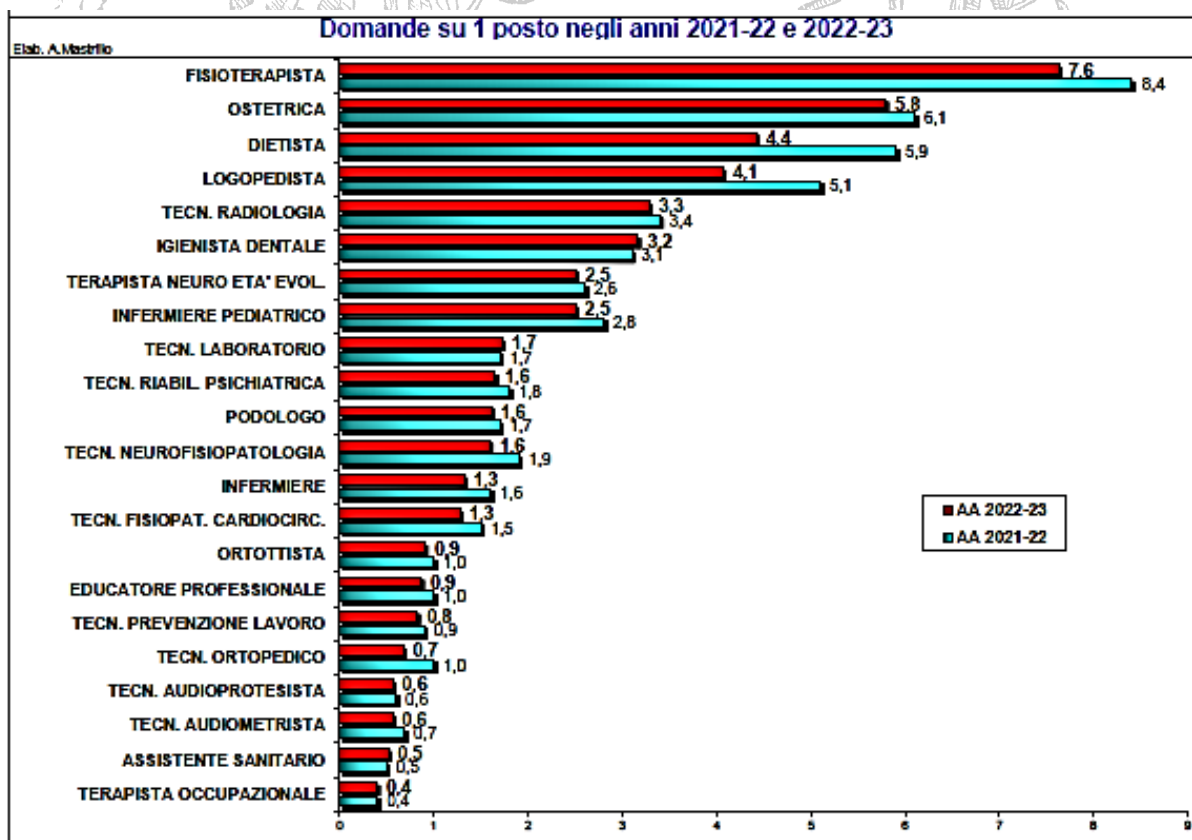


Figura 1 – Rapporto Domande su posti nei Corsi di Laurea delle 22 Professioni sanitarie AA 2022-23 e AA 2021-22

CORSI LAUREA FACOLTA' MEDICINA E CHIRURGIA AA 2022-23										
POSTI SECONDO CATEGORIE, REGIONI e UNIVERSITA'										
Elab: A. Mastrillo su dati Categorie, Regioni e Università	Categorie	Regioni	Conferenza Stato Regioni	Differenza Regioni - Categorie		UNIVERSITA'	UNIVERSITA' vs		Esubero Carenza	Domande su Posti
							Conferenza Stato Reg.			
DIETISTA	351	364	364	13	4%	544	180	49%	722	2.405 4,4
TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA	125	126	126	-1	-1%	185	59	47%		295 1,6
IGIENISTA DENTALE	633	659	659	26	4%	825	166	25%		2.609 3,2
TEC. RADIOLOGIA	1.125	1.080	1.125	45	4%	1.327	202	18%		4.358 3,3
TEC. FISIOPAT. CADIOCIRC.	202	216	216	14	7%	243	27	13%		309 1,3
TEC. PREVENZIONE LAVORO	796	791	796	-5	-1%	852	56	7%		702 0,8
LOGOPEDISTA	861	891	891	30	3%	915	24	3%		3.724 4,1
ORTOTTISTA	301	279	301	-22	-7%	309	8	3%	280 0,9	
TERAPISTA NEURO ETA' EV.	408	383	408	-25	-6%	407	-1	0%	1.020 2,5	
INFERMIERE PEDIATRICO	252	268	268	16	6%	264	-4	-1%	660 2,5	
FISIOTERAPISTA	2.850	2.561	2.850	-289	-10%	2.622	-228	-8%	20.013 7,6	
OSTETRICA	1.200	1.077	1.200	-123	-10%	1.097	-103	-9%	6.354 5,8	
TEC. RIABIL. PSICHIATRICA	488	483	488	-5	-1%	445	-43	-9%	733 1,6	
TEC. LABORATORIO	1.368	1.289	1.368	-79	-6%	1.212	-156	-11%	2.087 1,7	
TEC. ORTOPEDICO	247	226	247	-21	-9%	199	-48	-19%	135 0,7	
INFERMIERE	29.064	24.352	24.352	-4.712	-16%	19.375	-4.977	-20%	25.539 1,3	
ASSISTENTE SANITARIO	952	789	952	-163	-17%	602	-350	-37%	309 0,5	
PODOLOGO	202	207	207	5	2%	117	-90	-43%	188 1,6	
TERAPISTA OCCUPAZIONALE	530	464	530	-66	-12%	274	-256	-48%	108 0,4	
TEC. AUDIOMETRISTA	177	185	185	8	5%	95	-90	-49%	53 0,6	
TEC. AUDIOPROTESISTA	551	432	551	-119	-22%	280	-271	-49%	157 0,6	
EDUCATORE PROFESSIONALE	1.716	1.518	1.716	-198	-12%	809	-907	-53%	698 0,9	
TOTALE	44.399	38.640	39.800	-5.759	-13%	32.998	-6.802	-17%	-6.802	72.736 2,2
AA 2021-22	36.473	36.054	36.054	-419	-1,1%	30.451				
Differenza 2022 vs 2021	7.926	2.586	3.746			2.547				
	21,7%	7,2%	10,4%			8,4%				

Tabella 5 – Fabbisogni formativi della Conferenza Stato-Regioni, Offerta delle Università e domande AA 2022-23

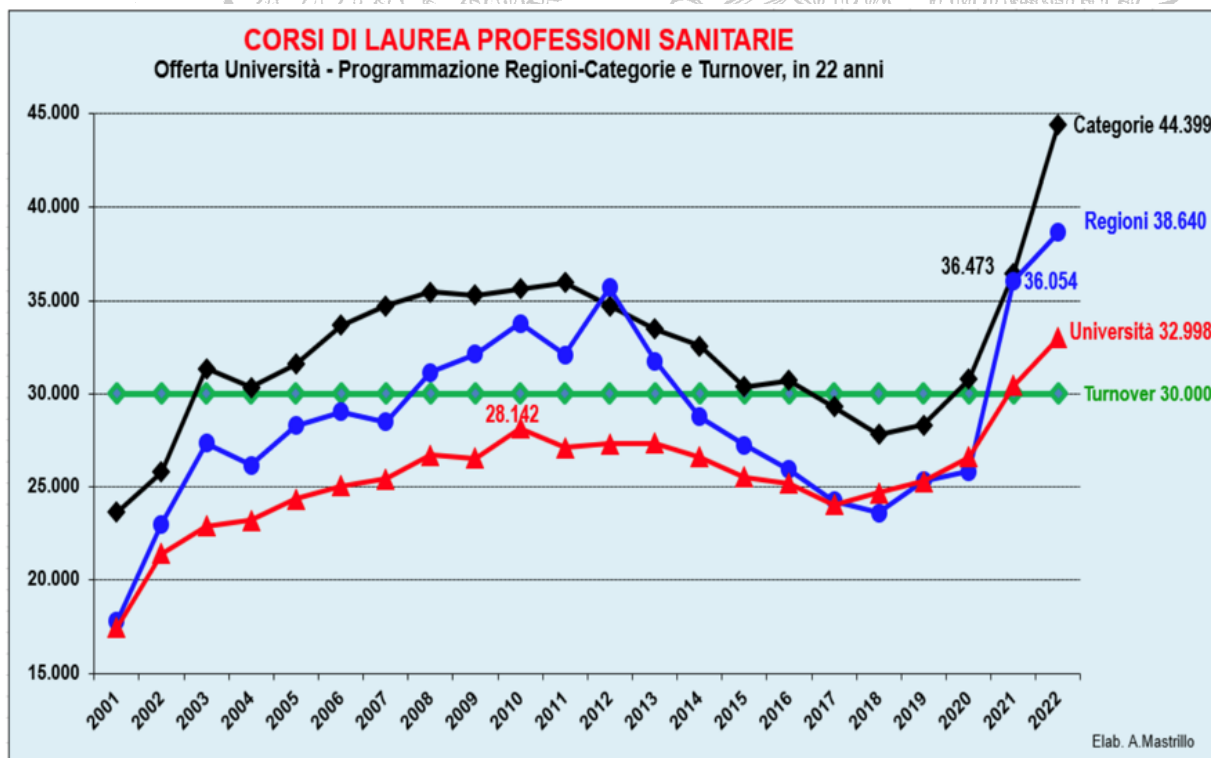


Figura 2 – Fabbisogni della Conferenza Stato-Regioni, delle Categorie e Offerta delle Università nei 22 anni dal 2001 al 2022

CORSI DI LAUREA MAGISTRALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE																		
Assegnazione posti per Classe secondo le Regioni e offerta delle Università																		
Anno	I Infermier.-Ostetr.			II Riabilitazione			III Tecn. Diagn.			III Tecn. Assist.			IV Prevenzione			TOTALE		
	Regio ni	Univ. Pot. le	Univ. Bando	Regl oni	Univ. Pot. le	Univ. Bando	Reglo ni	Univ. Pot. le	Univ. Bando	Reglo ni	Univ. Pot. le	Univ. Bando	Reglo ni	Univ. Pot. le	Univ. Bando	Reglo ni	Univ. Pot. le	Univ. Bando
2004	808	595	540	268	352	197	152	220	160	88	145	92	77	105	80	1.393	1.417	1.069
2005	1.018	870	870	346	322	322	236	317	251	245	140	140	185	75	75	2.030	1.724	1.658
2006	779	953	796	379	382	382	180	288	288	163	145	145	157	130	130	1.658	1.898	1.741
2007	1.176	1.176	997	421	487	409	314	417	340	166	158	147	213	186	109	2.290	2.424	2.002
2008	1.367	1.054	916	406	438	342	363	418	379	162	192	150	240	215	144	2.538	2.317	1.931
2009	915	977	856	374	460	356	257	414	353	133	182	127	266	240	191	1.945	2.273	1.883
2010	739	953	786	236	488	330	195	479	320	94	179	122	185	210	174	1.449	2.309	1.732
2011	801	933	787	305	429	325	254	329	277	82	116	90	189	155	155	1.631	1.962	1.634
2012	1.050	986	986	357	445	445	287	403	403	97	115	115	225	195	195	2.016	2.144	2.144
2013	759	939	939	313	522	522	240	396	396	106	155	155	194	195	195	1.612	2.207	2.207
2014	901	1.063	1.063	314	450	450	289	381	381	127	85	85	228	235	235	1.859	2.214	2.214
2015	931	1.020	1.020	451	585	585	289	351	351	159	85	85	248	260	260	2.078	2.301	2.301
2016	960	1.120	1.120	482	625	625	314	322	322	134	85	85	198	265	265	2.088	2.417	2.417
2017	830	1.228	1.228	367	601	601	242	357	357	123	85	85	190	235	235	1.752	2.508	2.508
2018	980	1.259	1.259	420	609	609	338	411	411	130	85	85	212	235	235	2.080	2.599	2.599
2019	1.007	1.318	1.318	479	612	612	355	430	430	159	115	115	226	250	250	2.226	2.725	2.725
2020	2.716	1.499	1.499	865	639	639	423	420	420	254	115	115	267	245	245	4.525	2.918	2.918
2021	3.050	1.536	1.536	1.086	664	664	462	512	512	279	105	105	299	250	250	5.176	3.067	3.067
2022	5.820	1.644	1.644	1.945	695	695	751	562	562	506	93	93	435	250	250	9.457	3.244	3.244
Totale	26.607	21.123	20.160	9.814	9.805	9.110	5.941	7.427	6.913	3.207	2.380	2.136	4.234	3.931	3.673	49.803	44.666	41.992
Media	1.400	1.112	1.061	517	516	479	313	391	364	169	125	112	223	207	193	2.621	2.351	2.210
Differenza 2022 vs 2021	2.770	108	108	859	31	31	289	50	50	227	-12	-12	136	0	0	4.332	326	326
	91%	7%	7%	79%	5%	5%	63%	10%	12%	81%	-11%	-10%	45%	0%	0%	109,0%	11,2%	11,2%
Corsi nel 2021	34			21			14			5			11			85		
Sedi nel 2021	39			21			15			5			11			91		

Tabella 6 – Corsi di Laurea Magistrale, Fabbisogni delle Regioni e Offerta delle Università nei 19 anni dal 2004 al 2022

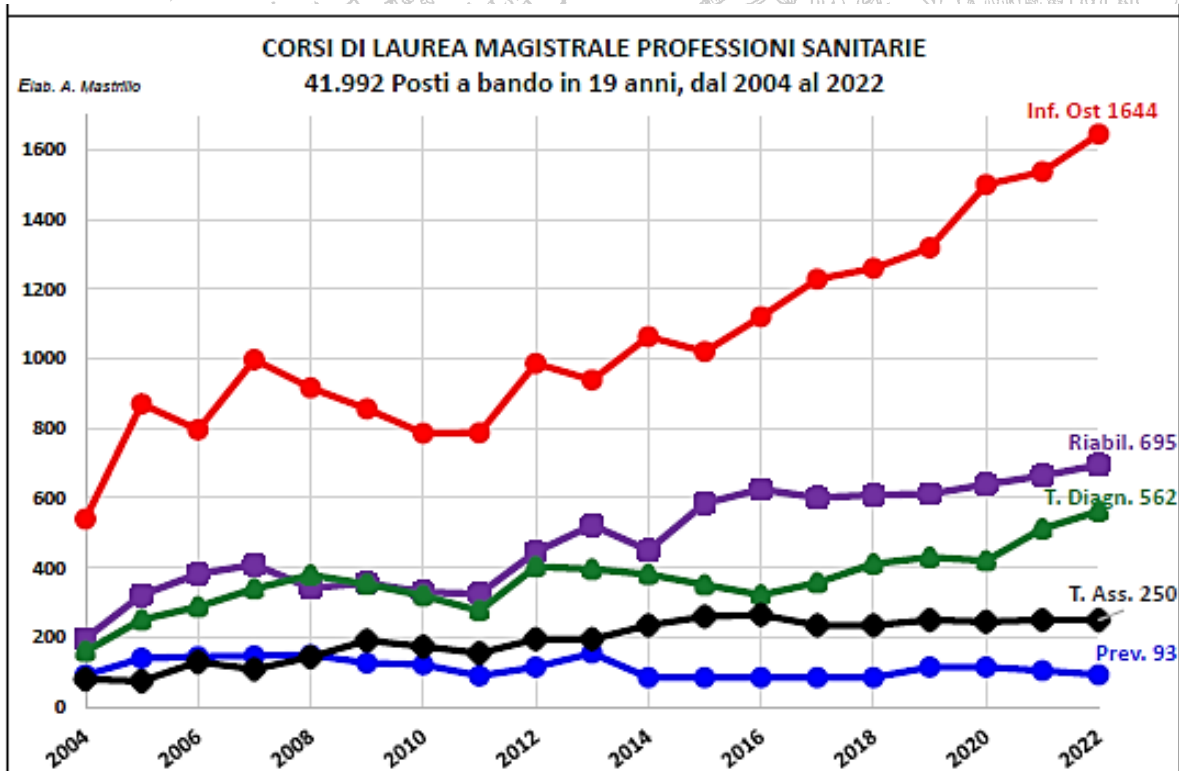


Figura 3 – Corsi di Laurea Magistrale, posti a bando per ognuna delle 4 classi nei 19 anni dal 2004 al 2022

CORSI DI LAUREA MAGISTRALE PER LE PROFESSIONI SANITARIE AA 2022-23																				
Domande su posti a bando																				
Elab. A.Mastrillo	Infermieristica e Ostetrica			Riabilitazione			Tecnico Diagnostica			Tecnico Assistenziale			Prevenzione			TOTALE			Differenza Domande 2022 vs 2021	
	Domande	Posti	D/P	Domande	Posti	D/P	Domande	Posti	D/P	Domande	Posti	D/P	Domande	Posti	D/P	Domande	Posti	D/P		
TORINO	199	25	8,0	37	15	2,5	22	16	1,4				27	15	1,8	285	71	4,0	-21	-7%
NOVARA	286	59	4,8													286	59	4,8	14	5%
BRESCIA	183	20	9,2													183	20	9,2	83	45%
MILANO	239	30	8,0	88	25	3,5	57	20	2,9	45	20	2,3	71	20	3,6	500	115	4,3	65	13%
MILANO Bicocca	234	35	6,7													234	35	6,7	-6	-3%
MILANO Humanitas	339	40	8,5													339	40	8,5	60	18%
MILANO S.Raffaele	141	40	3,5	32	30	1,1										173	70	2,5	37	21%
PAVIA	91	25	3,6													91	25	3,6	7	8%
VERONA	488	75	6,5	62	25	2,5				68	18	3,8				618	118	5,2	196	32%
PADOVA	343	30	11,4	58	25	2,3	63	25	2,5				56	25	2,2	520	105	5,0	12	2%
UDINE	257	30	8,6													257	30	8,6		
GENOVA	258	25	10,3	50	25	2,0	33	20	1,7							341	70	4,9	100	29%
BOLOGNA	449	50	9,0										27	15	1,8	476	65	7,3	50	11%
FERRARA	268	50	5,4	81	50	1,6	50	50	1,0							399	150	2,7	-136	-34%
MODENA REGGIO	194	38	5,1													194	38	5,1	54	28%
PARMA	194	30	6,5													194	30	6,5	-15	-8%
FIRENZE	528	70	7,5	79	25	3,2	27	35	0,8				61	35	1,7	695	165	4,2	-19	-3%
PISA	234	20	11,7	50	15	3,3										284	35	8,1	-6	-2%
SIENA	145	20	7,3	17	18	0,9										162	38	4,3	23	14%
ANCONA	291	50	5,8	50	30	1,7										341	80	4,3	-92	-27%
PERUGIA	221	46	4,8	52	30	1,7										273	76	3,6	18	7%
ROMA Cattolica	224	50	4,5	59	30	2,0										283	80	3,5	26	9%
ROMA Sapienza	757	138	5,5	103	49	2,1	68	86	0,8	50	30	1,7	33	10	3,3	1.011	313	3,2	-37	-4%
ROMA Tor Vergata	608	80	7,6	175	60	2,9	84	60	1,4				89	40	2,2	956	240	4,0	182	19%
CHIETI	240	50	4,8													240	50	4,8	56	23%
L'AQUILA	482	49	9,8	192	48	4,0	19	25	0,8	20	15	1,3	35	30	1,2	748	167	4,5	-1	0%
CAMPOBASSO	326	35	9,3										58	25	2,3	384	60	6,4	81	21%
FOGGIA							29	49	0,6							29	49	0,6	-25	-86%
BARI	509	20	25,5	130	20	6,5	24	20	1,2				36	20	1,8	699	80	8,7	33	5%
NAPOLI Federico II	383	60	6,4	72	30	2,4	59	25	2,4	12	10	1,2	17	15	1,1	543	140	3,9	-26	-5%
NAPOLI Vanvitelli	427	50	8,5													427	50	8,5	137	32%
SALERNO	368	35	10,5													368	35	10,5		
CATANZARO	413	50	8,3													413	50	8,3	49	12%
CATANIA	303	45	6,7	106	45	2,4										409	90	4,5	88	22%
MESSINA	224	84	2,7	75	50	1,5	45	51	0,9							344	185	1,9	5	1%
PALERMO	369	40	9,2	73	50	1,5	86	30	2,9							528	120	4,4	197	37%
SASSARI	368	50	7,4													368	50	7,4		
TOTALE	11.583	1.644	7,0	1.641	695	2,4	666	512	1,3	195	93	2,1	510	250	2,0	14.595	3.194	4,6	1.794	14%
MEDIA	322	46	7,0	78	33	2,4	48	37	1,3	39	19	2,1	46	23	2,0	394	86	4,6		
% posti per Classe		51%			22%			16%			2,9%			7,8%						
Corsi		36			21			14			5			11					87	
Sedi		39			21			15			5			11					91	
AA 2021-22	9.680	1.536	6,3	1.800	664	2,7	641	512	1,3	175	105	1,7	505	250	2,0	12.801	3.067	4,2		
Differenza 2022 vs 2021	1.903	108		-159	31		25	0		20	-12		5	0		1.794	127			
	20%	7,0%		-9%	4,7%		3,9%	0%		11%	-11%		1,0%	0%		14%	4,1%			
AA 2020-21	10.519	1.499	7,0	1.888	639	3,0	659	420	1,6	229	115	2,0	498	245	2,0	13.793	2.918	4,7		
Differenza 2021 vs 2020	-839	37		-88	25		-18	92		-54	-10		7	5		-992	149			
	-8,0%	2,5%		-4,7%	3,9%		-2,7%	22%		-24%	-8,7%		1,4%	2,0%		-7,2%	5,1%			

Tabella 7 – Corsi di Laurea Magistrale, Domande su posti per Università e per le 4 classi AA 2022-23.

Indagine sui Piani di Studio dei Corsi di Laurea in Tecniche di laboratorio biomedico: uno studio nazionale.

Survey on the Study Plans of Biomedical Laboratory Technician Degree Programs: a national study.

Tiziana Galai, Francesco Picotti, Marco Stea, Antonio Esposito, Gemma Rocco, Cristina Moni, Gianfilippo Ferrara, Monica Ampollini, Vincenzo Petrozza, Maria Grazia Perilli

Gruppo di Lavoro della Commissione Nazionale Corso di Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico

Riassunto

La modifica del percorso formativo operata negli ultimi decenni ha avuto lo scopo di garantire ai corsi di laurea una certa uniformità del percorso formativo pur nel pieno rispetto dell'autonomia del corso stesso, tenendo conto della pertinenza con il profilo professionale di riferimento. Un Gruppo di Lavoro costituito nell'ambito della Commissione Nazionale dei

Corsi di Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico ha indagato e descritto le modifiche che sono state introdotte a seguito di normative nazionali, che hanno permesso di migliorare il percorso formativo degli studenti. Indagare la realtà dei piani di studio dei Corsi permette di comprendere come siano stati applicati i decreti ministeriali relativi agli ordinamenti didattici.

Abstract

The modification of the educational path made in recent decades has guaranteed degree courses a certain uniformity of the training path while fully respecting the autonomy of the course itself, considering the relevance with the professional profile of reference. A Working Group set up within the National Commission of Degree Courses in Biomedical Laboratory Techniques

has investigated and described the changes introduced as a result of national regulations that have improved students' training path. Investigating the reality of the study plans of the Courses allows us to understand how the ministerial regulations relating to didactic systems have been applied.

Parole Chiave

Piani di studio, Laurea in Tecniche di laboratorio Biomedico.

Key Words

Study plans, Degree Courses in Biomedical Laboratory Techniques.

Introduzione

Il passaggio da un doppio sistema di formazione, quello universitario e quello regionale, in un unico percorso formativo inserito in ambito universitario è stato, per le professioni sanitarie, un passaggio graduale introdotto con il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni. In particolare per la professione del tecnico di laboratorio, accanto a corsi regionali e alle scuole dirette a fini speciali, rendevano abilitante alla professione i titoli conseguiti a seguito di percorsi formativi della scuola di secondo grado. Benché il doppio canale scuole regionali/Università sia continuato fino al 1999, gli anni '90 si caratterizzano per la nascita dei primi Diplomi universitari e per il rafforzamento del processo di formazione in ambito universitario, con la conseguente cessazione della scuola ospedaliera. La legge 19 novembre 1990, n.341 dispone la soppressione delle scuole dirette a fini speciali (ovvero la tra-

sformazione in diploma universitario) e introduce il corso di diploma universitario (DU) di durata biennale/triennale e il D.M. 24 luglio 1996 approva la tabella XVIII-ter recante gli ordinamenti didattici universitari dei corsi di diploma universitario dell'area sanitaria in adeguamento alla citata legge del 1990. La tabella B introduce lo standard formativo pratico e di tirocinio. Il cambiamento introdotto con la riforma degli ordinamenti didattici ha maggiormente interessato gli obiettivi didattici, le aree didattiche, i piani di studio e i relativi settori scientifico-disciplinari. Lo scopo del D.M. 24 luglio 1996 è quello di definire gli standard nazionali per ogni singola tipologia di Corso di Diploma.

Con i DD.MM n. 509 del 13/11/1999 e n. 270 del 22/10/2004 la didattica universitaria ha subito una profonda trasformazione dettando criteri generali per l'ordinamento degli studi universitari e determinando una nuova tipolo-

gia di titoli di studio che le università possono rilasciare. Il Decreto Ministeriale del 22 ottobre 2004 n.270 stabilisce che ogni classe di corso di laurea è suddivisa in due parti. La prima parte descrive gli obiettivi formativi qualificanti della classe, la seconda contiene lo schema delle attività formative definite come indispensabili per il conseguimento degli obiettivi formativi. Tra i due decreti citati ci sono stati altri decreti ministeriali che individuavano le classi dei corsi di studio, gli obiettivi formativi qualificanti e le attività formative indispensabili per conseguirli. In particolare, per le professioni sanitarie, il D.M 2 aprile 2001 n.136 individua le classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie distinguendo quattro classi di laurea: infermieristiche e ostetriche, della riabilitazione, tecniche, della prevenzione. Il D.M. 19 febbraio 2009 n.119, considerata l'esigenza di provvedere al riordino dei percorsi della formazione universitaria per le professioni sanitarie nel quadro della disciplina generale degli studi universitari affermata nel citato decreto ministeriale n. 270/2004 e nella legge n. 251/2000 provvede a numerare e denominare le classi di laurea delle professioni sanitarie, definire gli obiettivi formativi qualificanti, le Attività Formative Indispensabili con i relativi settori scientifici disciplinari (SSD) associati e il

Materiali e Metodi

Sono stati presi in considerazione 36 Piani di Studio corrispondenti alle Università che erogano il Corso di Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico. La maggior parte dei documenti è presente sul sito internet relativo al ciascun Corso. Dove non è stato possibile reperire il piano di studio con i SSD distribuiti nelle relative attività formative (base, caratterizzanti, a scelta, ...) è stata chiesta la collaborazione del

numero di crediti formativi universitari (CFU) attribuiti. Il Decreto definisce gli intervalli di CFU negli ambiti formativi della classe di riferimento. Di seguito la legge n. 240 del 2010 incide su molteplici aspetti del sistema universitario ridisciplinando la governance degli atenei, lo stato giuridico e il reclutamento del personale, e delegando il Governo ad adottare incentivi per la qualità.

In questo contesto di cambiamento il presente lavoro si pone l'obiettivo di descrivere come sia stata applicata la normativa universitaria di riferimento nei piani di studio dei Corsi di laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico (CdL in TLB).

Il confronto con la precedente indagine della Commissione Nazionale dei CdL in TLB pubblicata nel 2007 su Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia ha permesso di rilevare come la normativa sia intervenuta nella successiva stesura dei piani di studio.

Lo strumento che ne deriva, lontano da essere espressione di un singolo punto di vista, vuole essere un punto di partenza per elaborare eventuali indicazioni, proposte ed azioni condivise con la Commissione Nazionale dei Corsi di Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico.

Presidente o del Direttore delle attività didattiche professionali del Corso interessato. Ogni corso è stato identificato da una sigla e un numero. Al Corso inter ateneo dell'Università degli Studi di Trieste e Udine è stato associato un solo numero progressivo (Tabella 1). L'anno accademico di riferimento è, per la maggior parte dei Corsi, il 2020-2021 e il 2019-2020 (UNIV01, UNIV16, UNIV21, UNIV24, UNIV25).

ID	UNIVERSITA' degli studi di	Città sedi
UNIV 01	Politecnica delle Marche	Ancona
UNIV 02	BARI	Bari Aldo Moro
UNIV 03	BOLOGNA	Bologna
UNIV 04	BRESCIA	Brescia
UNIV 05	CATANIA	Catania
UNIV 06	CATANZARO	Catanzaro
UNIV 07	Gabriele d'Annunzio Chieti Pescara	Chieti
UNIV 08	FERRARA	Ferrara
UNIV 09	FIRENZE	Firenze
UNIV 10	FOGGIA	Foggia
UNIV 11	GENOVA	Genova
UNIV 12	L'AQUILA	L'Aquila
UNIV 13	MESSINA	Messina Policlinico
UNIV 14	MILANO	Milano

UNIV	15	MILANO Bicocca	Desio
UNIV	16	MODENA e REGGIO EMILIA	Modena
UNIV	17	NAPOLI "Federico II"	AOU Federico II, Napoli AORN Ospedali dei Colli, Napoli IRCCS Pascale, Napoli
UNIV	18	NAPOLI "L.Vanvitelli"	Napoli Vanvitelli Cardarelli ASL CE 1 Marcanise-Maddaloni
UNIV	19	DEL PIEMONTE ORIENTALE	Novara
UNIV	20	PADOVA	Padova
UNIV	21	PALERMO	Palermo
UNIV	22	PARMA	Parma
UNIV	23	PAVIA	Pavia
UNIV	24	PERUGIA	Perugia
UNIV	25	PISA	Pisa
UNIV	26A	ROMA Sapienza 1	Policlinico Umberto I (AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I ^A) AO S.Camillo Forlanini (AZIENDA SAN CAMILLO – FORLANINI B) ASL Latina (ASL LATINA (DISTRETTO NORD) C) Molise Pozzilli (Regione Molise IRCCS Neuromed E) ASL Rieti Osp. De Lellis (USL RIETI F)
	26B	ROMA Sapienza 2	Roma Policlinico S.Andrea
UNIV	27	ROMA Tor Vergata	Roma
UNIV	28	SASSARI	Sassari
UNIV	29	SIENA	Siena Arezzo
UNIV	30	TORINO	Torino Cuneo
UNIV	31	TRIESTE	Trieste
		UDINE	Udine
UNIV	32	VARESE	Varese
UNIV	33	VERONA	Verona
UNIV	34	CATTOLICA del Sacro Cuore	UCSC Gemelli Roma Bolzano Potenza
UNIV	35	UNICAMILLUS INTERNATIONAL MEDICAL UNIVERSITY IN ROME	Roma

Tabella 1 Università sedi di Corso di Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico.

Il lavoro di raccolta dei dati è stato portato a termine attraverso un doppio controllo. E' stato elaborato un file Excel in cui sono riportati i SSD presenti in ognuno dei 36 piani di studi e il numero di CFU associati. La suddivisione è stata fatta per ogni anno di corso: primo, secondo e terzo anno. I dati inseriti sono stati elaborati utilizzando delle tabelle Pivot.

In base all'allegato al D.M. n.119/2009 le attività formative indispensabili sono suddivise in attività formative, a loro volta suddivise in ambiti disciplinari in cui rientrano determinati settori scientifici-disciplinari in cui viene identificato un numero di CFU minimo per ogni ambito disciplinare.

La tabella 2 riepiloga la suddivisione delle attività formative nei rispettivi ambiti disciplinari.

ATTIVITA' FORMATIVE	AMBITI DISCIPLINARI	
Di base	Scienze propedeutiche	
	Scienze biomediche	
	Primo soccorso	
Caratterizzanti	Corsi differenziati art. 10, comma 3 del D.M. 270/2004 - Almeno 15 CFU assegnati al SSD di riferimento di ogni specifico profilo.	
	Es: Scienze e tecniche di laboratorio biomedico	
	Scienze medico-chirurgiche	
	Scienze della prevenzione e dei servizi sanitari	
	Scienze interdisciplinari cliniche	
	Scienze umane e psicopedagogiche	
	Scienze interdisciplinari	
	Scienze del management sanitario	
	Tirocinio differenziato per specifico profilo	
	Altre Attività	A scelta dello studente (art. 10, comma 5, lettera a)
Attività formative affini o integrative (art. 10, comma 5, lettera b)		
Per la prova finale e la lingua straniera (art. 10, comma 5, lettera c)		Per la prova finale
		Per la conoscenza di almeno una lin- gua straniera
Ulteriori attività formative (art. 10, comma 5, lettera d)		Altre attività quali l'informatica, atti- vità seminariali ecc.
		Laboratori professionali dello specifi- co SSD
	Attività formative relative agli stages e ai tirocini forma- tivi presso imprese, amministrazioni pubbliche, enti pubblici o privati ivi compresi quelli del terzo settore, ordini e collegi professionali, sulla base di apposite con- venzioni.	

Tabella 2 Suddivisione delle attività formative nei rispettivi ambiti disciplinari.

Per permettere una appropriata suddivisione dei SSD presenti nei piani di studio presi in considerazione, è stata analizzata anche la situazione di quei settori che sono ricompresi in due o più ambiti disciplinari; in particolare i settori M-PSI/01, SPS/07, BIO/12, BIO/14, MED/03, MED/04, MED/05, MED/07, MED/08, MED/09, MED/15, MED/18, MED/36, MED/41, MED/45, MED/46.

Sulla base dell'analisi emerge che su 36 piani di studio 25 (69%) presentano la suddivisione dei SSD nei rispettivi ambiti disciplinari, 5 (14%) individuano i SSD nelle Attività formative senza declinarli negli ambiti disciplinari, 6 (17%) non riportano la suddivisione dei SSD né nelle Attività formative né negli ambiti disciplinari.

Risultati

Per permettere una giusta flessibilità nella costruzione di curricula all'interno di un corso di studio, nell'ordinamento didattico, a ciascun ambito (o gruppo di attività formative), è possibile assegnare un intervallo di crediti che variano da un minimo a un massimo tenendo conto che il numero di crediti necessari per il conseguimento del titolo, per le lauree, è 180.

Analizzando i 36 piani di studio, per ogni SSD sono stati rilevati i dati rispetto ai CFU totali, alla media, alla deviazione standard, al valore minimo e massimo. L'analisi di tutti i piani di studio dal punto di vista complessivo dei SSD e dei CFU associati può essere riassunta nella tabella seguente (Tabella 3).

SSD	MEDIA	MEDIANA	Dev. St	MIN	MAX
A scelta studente	(6,00)	(6,00)	(0,00)	(6,00)	(6,00)
BIO/09	2,75	3,00	0,65	2,00	4,00
BIO/10	4,78	4,50	1,88	2,00	9,00
BIO/11	0,36	0,00	0,80	0,00	3,00
BIO/12	6,06	6,00	2,67	0,00	15,00

BIO/13	2,39	2,00	0,93	0,00	5,00
BIO/14	2,83	3,00	1,00	0,00	5,00
BIO/16	2,50	2,00	0,97	0,00	4,00
BIO/17	1,83	2,00	0,81	0,00	3,00
BIO/18	0,06	0,00	0,33	0,00	2,00
CHIM/03	0,22	0,00	0,76	0,00	4,00
CHIM/06	0,06	0,00	0,23	0,00	1,00
CHIM/09	0,03	0,00	0,17	0,00	1,00
FIS/07	2,92	3,00	1,02	1,00	6,00
INF/01	1,75	2,00	1,38	0,00	5,00
ING-INF/05	0,89	0,50	1,01	0,00	3,00
ING-INF/06	0,42	0,00	0,84	0,00	3,00
ING-INF/07	0,78	0,00	0,99	0,00	3,00
Inglese	1,44	0,00	1,84	0,00	6,00
IUS/07	0,50	0,00	0,61	0,00	2,00
IUS/09	0,11	0,00	0,40	0,00	2,00
Laboratori	2,92	3,00	0,50	0,00	3,00
L-LIN/02	0,17	0,00	0,74	0,00	4,00
L-LIN/12	1,75	2,00	1,78	0,00	6,00
MAT/05	0,03	0,00	0,17	0,00	1,00
M-DEA/01	0,08	0,00	0,28	0,00	1,00
MED/01	2,39	2,00	0,93	0,00	4,00
MED/02	1,11	1,00	1,04	0,00	3,00
MED/03	3,00	3,00	1,67	0,00	7,00
MED/04	4,67	5,00	1,93	2,00	9,00
MED/05	4,50	4,00	3,27	0,00	15,00
MED/06	1,25	1,00	1,23	0,00	5,00
MED/07	7,39	8,00	2,77	3,00	13,00
MED/08	6,00	6,00	2,16	2,00	11,00
MED/09	0,92	0,00	1,34	0,00	6,00
MED/11	0,28	0,00	0,66	0,00	3,00
MED/12	0,11	0,00	0,52	0,00	3,00
MED/13	0,94	1,00	0,86	0,00	3,00
MED/14	0,14	0,00	0,42	0,00	2,00
MED/15	2,33	2,00	1,64	0,00	8,00
MED/16	0,14	0,00	0,54	0,00	3,00
MED/17	0,50	0,00	0,77	0,00	2,00
MED/18	0,22	0,00	0,54	0,00	2,00
MED/26	0,03	0,00	0,17	0,00	1,00
MED/27	0,03	0,00	0,17	0,00	1,00
MED/33	0,03	0,00	0,17	0,00	1,00
MED/35	0,08	0,00	0,28	0,00	1,00
MED/36	1,19	1,00	0,71	0,00	3,00
MED/38	0,06	0,00	0,23	0,00	1,00
MED/40	0,06	0,00	0,23	0,00	1,00
MED/41	0,42	0,00	0,73	0,00	3,00
MED/42	1,97	2,00	0,91	0,00	5,00
MED/43	1,33	1,00	0,93	0,00	3,00
MED/44	1,14	1,00	0,96	0,00	4,00

MED/45	0,28	0,00	0,51	0,00	2,00
MED/46	16,31	16,00	3,50	5,00	28,00
MED/50	0,19	0,00	0,52	0,00	2,00
M-FIL/02	0,03	0,00	0,17	0,00	1,00
M-FIL/03	0,06	0,00	0,33	0,00	2,00
M-PED/01	0,03	0,00	0,17	0,00	1,00
M-PSI/01	1,06	1,00	0,98	0,00	3,00
M-PSI/06	0,06	0,00	0,33	0,00	2,00
Prova finale	5,72	6,00	0,91	3,00	7,00
SECS-P/02	0,14	0,00	0,68	0,00	4,00
SECS-P/06	0,06	0,00	0,33	0,00	2,00
SECS-P/07	0,86	0,50	0,99	0,00	3,00
SECS-P/10	0,97	0,50	1,13	0,00	4,00
SECS-S/02	0,94	0,50	1,01	0,00	3,00
(Ulteriori attività formative)	5,83	6,00	0,70	3,00	6,00
SPS/07	0,36	0,00	0,72	0,00	2,00
Tirocinio	60,44	60,00	1,38	60,00	66,00
VET/06	0,83	1,00	0,91	0,00	3,00

Tabella 3 CFU totali, media, deviazione standard, valore minimo e massimo dei SSD.

Nella figura 1 (pagina seguente) è invece rappresentata graficamente la situazione complessiva dei SSD con i relativi CFU.

Dalla rappresentazione grafica è stato omesso il SSD relativo al Tirocinio differenziato per specifico profilo il cui numero di CFU totali rispetto ai 36 piani di studio analizzati è 2176. Il numero di 60 CFU attribuiti all'attività di tirocinio infatti rappresenta, per i Corsi di Laurea professionalizzanti, un terzo del percorso formativo.

Tralasciando le attività formative il cui numero di SSD è definito a priori dal Decreto del 19 febbraio 2009 (a scelta dello studente, prova finale e lingua inglese, altre attività quali l'informatica, attività seminariali, ecc..., laboratori professionali e tirocinio formativo nello specifico profilo professionale) i SSD presenti in tutti i piani di studio sono, in ordine decrescente di CFU: Microbiologia e microbiologia clinica (MED/07), Anatomia patologica (MED/08), Biochimica (BIO/10), Patologia generale (MED/04), Fisica applicata (FIS/07) e Fisiologia (BIO/09). La Microbiologia e microbiologia clinica è presente con un numero di CFU più alto tra i settori sopra citati ed è quello che presenta, in termini di valori di crediti, una maggiore variabilità nei piani di studio. Seppur non presenti in tutti i piani di studio, si rilevano valori di

CFU alti nei settori di Biochimica clinica e biologia molecolare clinica (BIO/12), in Patologia clinica (MED/05), in Genetica medica (MED/03) e in Farmacologia (BIO/14). Nell'ambito delle attività di base emerge che una sede (UNIV21) non ha attivato l'insegnamento di Anatomia umana (BIO/16) e in tre sedi (UNIV06, UNIV20, UNIV 21) non è presente il settore BIO/17 (Istologia). Nell'ambito dell'autonomia didattica sono inseriti nei piani di studio, con frequenza minore (1 CFU), il settore dell'Analisi matematica (MAT/05), della Neurologia (MED/26), della Neurochirurgia (MED/27), delle Malattie apparato locomotore (MED/33), della Pedagogia generale e sociale (M-PED/01) della Logica e filosofia della scienza (M-FIL/02), della Ginecologia e ostetricia (MED/40 - 1 CFU su due sedi), e con 2 CFU il settore della Filosofia morale (M-FIL/03), della Psicologia del lavoro e delle organizzazioni (M-PSI/06), dell'Economia applicata (SECS-P/06).

Tra le attività Affini o integrative sono ricompresi i seguenti settori: CHIM/09 (Farmaceutico tecnologico applicativo - 1 CFU), CHIM/06 (Chimica organica - 1 CFU su due sedi), MED/38 (Pediatria generale e specialistica - 1 CFU su due sedi), BIO/18 (Genetica - 2 CFU) e M-FIL/03 (Filosofia morale - 2 CFU).

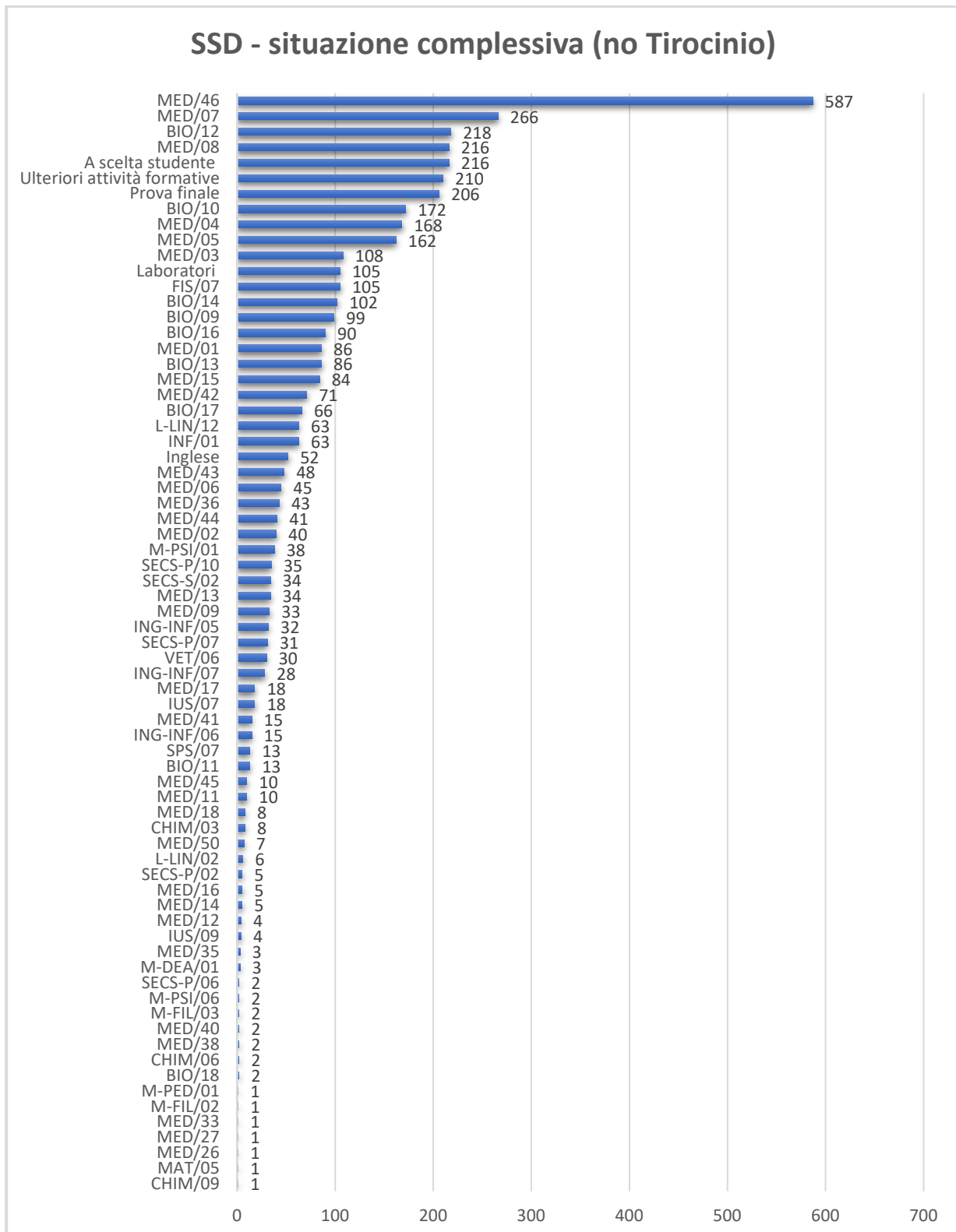


Figura 1 Rappresentazione dei SSD e rispettivi CFU erogati dai Corsi di Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico (senza i CFU attribuiti al Tirocinio).

Nell'ambito del SSD MED/46 (Scienze e tecniche di laboratorio biomedico) il primo anno è caratterizzato da una mediana di 3,5 CFU, dal 50% dei Corsi in cui i crediti si distribuiscono tra 2 e 5 crediti e da valori minimo e massimo rispettivamente di 0 e 10 CFU. Il secondo anno

è caratterizzato da una mediana di 7 CFU, dal 50% dei Corsi in cui i crediti si distribuiscono tra 5 e 9 crediti e da valori minimo e massimo rispettivamente di 2 e 13 CFU. Il terzo anno è caratterizzato da una mediana di 6 CFU, dal 50% dei Corsi in cui i crediti si distribuiscono

tra 4 e 10 crediti e da valori minimo e massimo rispettivamente di 1 e 13 CFU. L'intervallo di

valori, in termini di numero di CFU, è compreso tra 5 e 28 (Figura 2).

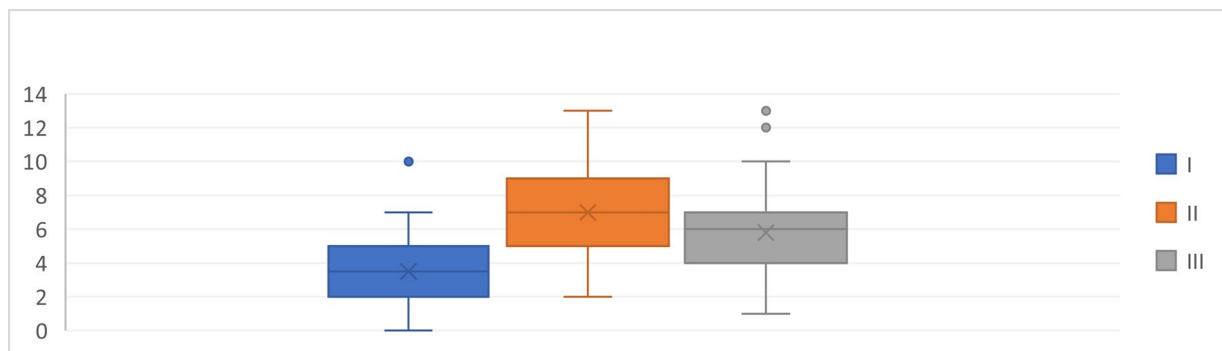


Figura 2 Analisi della distribuzione dei CFU del SSD MED/46 al primo, al secondo, al terzo anno di corso.

Nell'ambito del Tirocinio differenziato per specifico profilo il primo anno è caratterizzato da una mediana di 15 CFU, dal 50% dei Corsi in cui i crediti si distribuiscono tra 14 e 18 crediti e da valori minimo e massimo rispettivamente di 8 e 31 CFU. Il secondo anno è caratterizzato da una mediana di 21 CFU, dal 50% dei Corsi in cui i crediti si distribuiscono tra 20 e 23 crediti e da valori minimo e massimo rispettivamente di 18 e 30 CFU. Il terzo anno è caratterizzato da una mediana di 24 CFU, dal 50% dei Corsi in cui i crediti si distribuiscono tra 20 e 26 crediti e da valori minimo e massimo rispettivamente di 10 e 29 CFU (Figura 3).

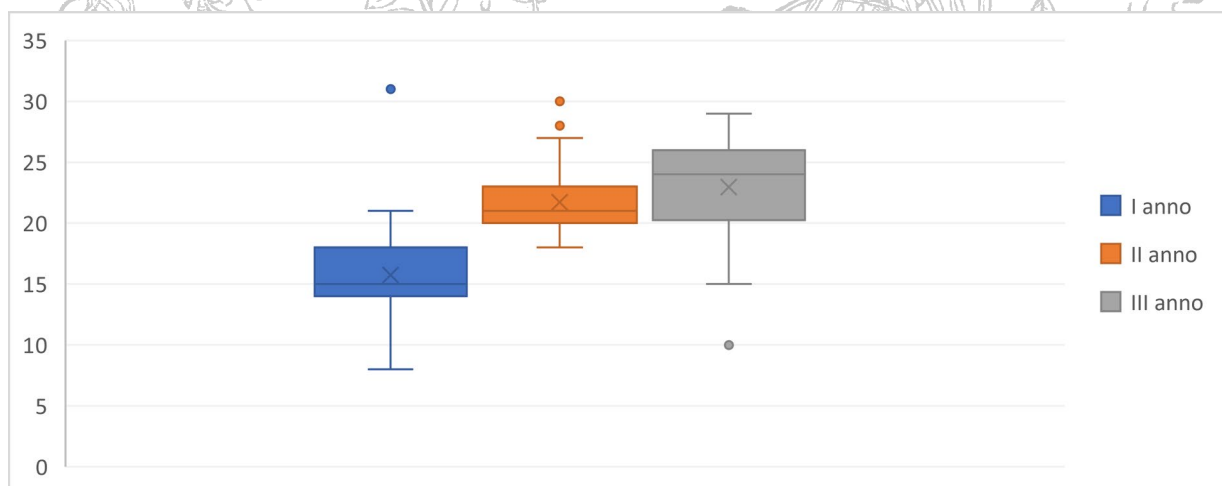


Figura 3 Analisi della distribuzione dei CFU del Tirocinio al primo, al secondo, al terzo anno di corso.

Discussione

Il lavoro di raccolta delle informazioni ha messo in evidenza che per la maggior parte dei dati è stato utile il sito che ogni Università mette a disposizione degli utenti. In alcuni casi non è stato agevole reperire le informazioni; in altri casi, non erano presenti i dati necessari per approfondire l'analisi nell'ambito delle attività formative.

L'area delle Scienze mediche (settori MED) rappresenta più della metà (60%) dei crediti attivati in tutti i 36 piani di studio. L'area delle Scienze biologiche (settori BIO) contribuisce per circa un quarto (24%) al curriculum formativo del Tecnico sanitario di laboratorio biomedico (TSLB). Apporti specifici (16%) provengono da settori (come informatica, statistica, linguistica, scienze economiche, giuridiche e umane, fisiche e matematiche, veterinaria) che rispondono alla

domanda di competenze attese da parte dei servizi sanitari rispetto alla professione del TSLB. Significativo, in quest'ultimo ambito, appare il confronto con il precedente e già citato lavoro del 2007. Dal lavoro sui piani di studi di Giovagnoli MR, et Al emergeva che attività legate alle scienze psicosociali, organizzative, economico-giuridiche erano scarsamente presenti e rappresentavano circa il 4% del curriculum formativo.

L'analisi complessiva delle attività formative di base e caratterizzanti è rappresentativa del 70% dei corsi di studio per due motivi: il primo è dovuto al fatto che la normativa classifica alcuni settori in più ambiti, il secondo è che non tutti i piani di studio esplicitano a quale ambito appartiene ogni singolo settore presente nel piano.

Nell'ambito delle attività di base i crediti riservati alle Scienze biomediche sono maggiori rispetto a quelli legati alle Scienze propedeutiche e al Primo soccorso; alcuni SSD vengono erogati solo al primo anno (Anatomia umana, Istologia, Fisica applicata, ...) mentre altri SSD si distribuiscono tra il primo e secondo anno o in tutti e tre gli anni di corso.

Nell'ambito delle attività caratterizzanti si evidenzia come tra gli otto ambiti disciplinari in cui la normativa suddivide tale attività, se si esclude l'ambito del tirocinio professionalizzante, alle Scienze e tecniche di laboratorio biomedico è riservata la maggior parte dei crediti, come la normativa prevede.

Si evidenzia come ci sia una diversa distribuzione dei crediti nei tre anni di corso. In particolare all'ambito delle Scienze e tecniche di laboratorio biomedico è riservato un numero di CFU maggiore al secondo anno. L'ambito del Management sanitario vede un maggior numero di CFU assegnati al terzo anno; all'ambito delle Scienze umane e pedagogiche sono riservati dei crediti in misura prevalente al primo e al terzo anno; nell'ambito delle Scienze interdisciplinari e cliniche le attività sono presenti maggiormente al secondo e terzo anno.

Il presente lavoro focalizza l'attenzione su quelle che sono le attività formative caratterizzanti il curriculum formativo del laureato in Tecniche di Laboratorio Biomedico ed in particolare quelle relative al settore scientifico disciplinare MED/46, suddiviso nell'ambito formativo delle Scienze e tecniche di laboratorio biomedico e nell'ambito del Tirocinio.

Nell'ambito del SSD MED/46 (Scienze e tecniche di laboratorio biomedico) dall'analisi emerge che la distribuzione dei crediti è uniforme (la metà degli Atenei infatti eroga tra 15 e 17 CFU). Nei 36 piani di studio presi in considerazione, l'attività viene erogata in misura maggiore al secondo e terzo anno, con una distribuzione non necessariamente crescente o decrescente e con una attribuzione analoga di crediti, tranne per alcuni valori che si discostano al primo e terzo anno. In tre piani di studio il numero di CFU attribuiti all'attività formativa MED/46 è inferiore a quanto stabilito dalla normativa (anni accademici di riferimento 2019-2020 e 2020-2021). Dal lavoro di Giovagnoli MR, et Al emergeva che nell'ambito del SSD MED/46 (Scienze e tecniche di laboratorio biomedico) alcune Università avevano attivato un solo credito, altre fino a un massimo di 22. Ben quattro Atenei non avevano attivato questo settore evidenziando così una distribuzione non omogenea nei piani di studio. L'introduzione del numero minimo di crediti in questo settore ha permesso di passare da 229 CFU della situazione precedente, dato riferito ad una coorte costituita dal 69% delle sedi attivate nel 2007, ai 587 CFU attuali, dato rappresentativo del 100% dei piani di studi attivati negli a.a. 2019-2020 e 2020-2021.

La normativa prevede che un numero minimo di 60 CFU siano riservati per il tirocinio formativo nello specifico profilo professionale. Tre

Università nel proprio piano di studi dichiarano di attribuire un numero superiore di crediti. Dall'analisi generale emerge che i crediti riservati all'attività di Tirocinio sono inseriti con gradualità nel percorso formativo. L'analisi in dettaglio permette di evidenziare come più della metà dei corsi (56%) adotta le indicazioni definite dalla Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni sanitarie. In altri piani di studio i crediti sono distribuiti egualmente (8%) nei tre anni oppure con modalità mista (33%). Si discosta da tale orientamento un solo Corso di Laurea in cui l'attività di Tirocinio viene inserita in modo decrescente dal primo al terzo anno.

Il presente lavoro non entra nel merito degli obiettivi di tirocinio, della durata, del numero delle esperienze in contesti diversi, della collocazione dell'attività nel piano di studi o di altri criteri per cui sarà necessario un ulteriore approfondimento. Da sottolineare come nel precedente lavoro del 2007 i crediti riservati al Tirocinio variavano da un minimo di 50 CFU ad un massimo di 80 CFU.

Analizzando i dati relativi alle attività formative non ricomprese tra quelle di base e caratterizzanti, emerge che le cosiddette Altre attività contribuiscono per circa il 14% a formare il curriculum del TSLB. L'analisi non entra nel merito dei contenuti: sottolinea la distribuzione dei crediti ad essa associati evidenziando che i crediti attribuiti all'attività a scelta dello studente per almeno la metà vengono erogati al terzo anno di corso, con una diversa modalità di distribuzione dei crediti nei tre anni.

Le attività affini rappresentano circa l'1% del curriculum formativo: in esse vi rientrano anche SSD ricompresi nell'allegato al DECRETO 19 febbraio 2009.

In base alla normativa, negli ordinamenti didattici devono essere previste le attività formative per la prova finale e per la lingua inglese con un numero di CFU pari a 9. Tranne in un Corso, tutti i piani di studio soddisfano tale criterio. Si rileva che la metà dei Corsi attribuisce da 5 a 6 crediti alla prova finale e che l'attività formativa dedicata alla lingua straniera è presente soprattutto al primo anno.

La normativa contempla che negli ordinamenti didattici delle classi di laurea devono essere previste le attività formative (cosiddette altre attività) quali l'informatica, attività seminariali, ecc. e laboratori professionali dello specifico SSD del profilo. Oltre a prevedere tali attività la normativa identifica il numero di crediti ad esse associate. Dall'analisi emerge che in due piani di studio il numero di CFU attribuito alle Ulteriori attività formative non corrisponde a quanto stabilito dalla normativa. In generale si rileva che la metà dei crediti viene erogata al primo anno di corso e che, nell'ambito dell'autonomia didattica, vi è una diversa modalità di distribuzione dell'attività stessa.

La metà dei crediti dei laboratori professionali è erogato al terzo di anno di corso e un terzo dei CFU è inserito al primo anno. In alcuni piani di

studio viene specificato il SSD MED/46 a cui l'attività appartiene, in altri non ne viene specificato il settore, in altri ancora il settore attri-

buito a tale attività è diverso da quanto stabilisce la normativa.

Limiti dello studio

Sono stati considerati tutti i 36 piani di studio, quindi l'intero campione preso in esame, per l'analisi dei seguenti dati:

- generali;
- relativi al settore scientifico disciplinare MED/46 - Scienze tecniche di medicina e di laboratorio;
- relativi all'ambito del Tirocinio differenziato per specifico profilo;
- relativi a tutte le attività formative non ricomprese tra quelle di base o caratterizzanti (Altre attività).

Conclusioni

L'esigenza di provvedere al riordino dei percorsi della formazione universitaria per le professioni sanitarie ha portato, attraverso l'emanazione del D.M. 19 febbraio 2009 n.119, alla revisione di obiettivi formativi qualificanti, alla definizione di attività formative con i relativi settori scientifici disciplinari ed al numero di crediti formativi universitari associati.

Il bilanciamento tra i CFU vincolati dalla normativa, in termini di minimo e massimo consentiti, e la scelta autonoma dei singoli corsi di laurea di definire il proprio percorso formativo ha portato alla definizione di piani di studio dei Corsi di Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico che, nel loro complesso, sono, al di là di poche eccezioni, relativamente omogenei tra loro.

Da un confronto con un precedente lavoro della Commissione Nazionale dei CdL in TLB pubblicato nel 2007 su "Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia", si rileva come, effettivamente, la normativa sia intervenuta nella successiva stesura dei piani di studio. A titolo esemplificativo, dal lavoro di Giovagnoli et al, emergeva che il settore MED/46 non era presente in alcuni dei piani di studio considerati, che i crediti riservati al Tirocinio variavano da 50 a 80 CFU e che attività

Dalla analisi invece delle attività formative di base e caratterizzanti sono stati esclusi i Corsi nel cui piano di studio non è presente la suddivisione delle attività formative (UNIV13, UNIV26, UNIV28, UNIV33, UNIV35) così come è stato necessario escludere dall'analisi quei piani di studio che non declinano i vari SSD negli ambiti disciplinari (UNIV3, UNIV5, UNIV7, UNIV16, UNIV27).

legate alle scienze psicosociali, organizzative, economico-giuridiche erano scarsamente presenti. Si evidenzia, a tal proposito, come il percorso formativo del laureato TSLB sia notevolmente mutato nel tempo. Il processo evolutivo della professione stessa, dovuta al progresso scientifico, tecnologico ed organizzativo porta continui aggiornamenti in termini di nuove conoscenze, abilità e competenze anche al di fuori dell'ambito prettamente laboratoristico.

In conclusione, l'emanazione del citato decreto ha portato ad una maggiore uniformità dei piani di studio in termini di obiettivi formativi qualificanti, di attività formative con i relativi settori scientifici disciplinari e di numero di crediti formativi universitari associati. L'autonomia, da parte dei singoli Atenei, in parte vincolata dalla normativa, è evidenziata dalla presenza negli attuali piani di studio di settori con un diverso numero di crediti ad essi riservati.

In questo contesto e se è vero che sono caratterizzanti della professione il settore scientifico disciplinare MED/46 e il Tirocinio, rimane interessante approfondire, con l'intento di standardizzare, le attività menzionate che ricomprendono più di un terzo del percorso formativo di un laureato in Tecniche di Laboratorio Biomedico.

Bibliografia

Benci L. Le professioni sanitarie (non mediche): aspetti giuridici, deontologici e medico-legali. McGraw-Hill Editore, 2002.

Binetti P. Valente D. Tradizione e innovazione nella formazione universitaria delle professioni sanitarie: Il core curriculum, dal core contests al core competence. Società Editrice Universo. 2003.

Casti A., Distribuzione dei CFU nei diversi SSD. Confronto tra il DM 509/1999 e il DM 270/2004. Med. Chir. 51, 2247-2254, 2011.

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502.

D.M. 3 novembre 1999, n.509.

D.M. 24 luglio 1996.

D.M. 22 ottobre 2004, n. 270.

D.M. 19 febbraio 2009 n.119.

Dossier La riforma universitaria a due anni dalla legge n. 240 del 2010 XVII legislatura. aprile 2013 n. 6 Servizio studi del Senato.

Galai T, Anelli E., Cardillo G. TITOLI ABILITANTI/NON ABILITANTI ALLA PROFESSIONE DEL

TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO. Documento F.I.Te.La.B, 2018.

Giovagnoli MR, et Al. Confronto sui piani di studi dei corsi di laurea in Tecniche di laboratorio biomedico: un primo bilancio e proposte. Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia. 39/2007 p.1644.

Guida alla scrittura degli ordinamenti didattici, Consiglio Nazionale Universitario, 8 settembre 2015.

Guida alla scrittura degli ordinamenti didattici 2023-2024, Consiglio Nazionale Universitario, novembre 2022.

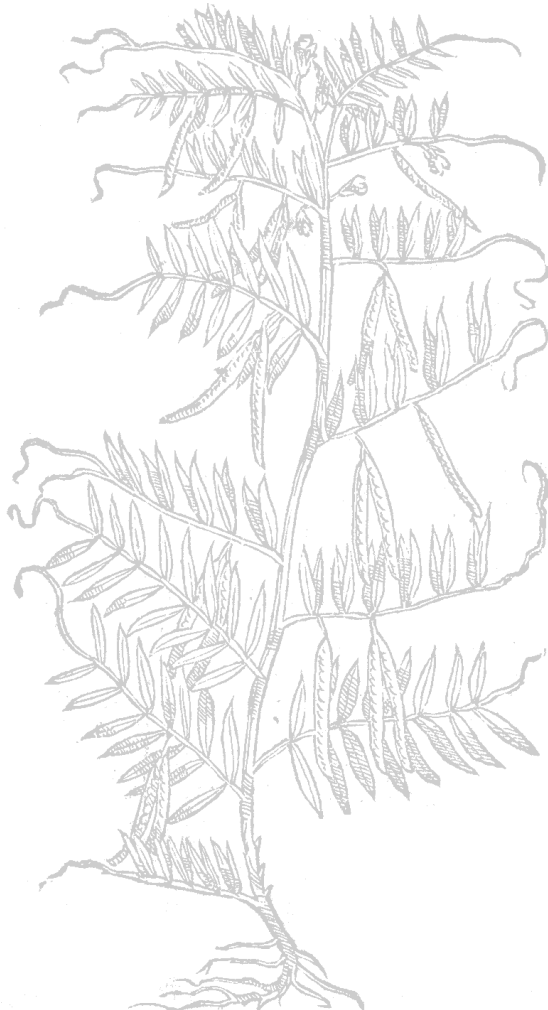
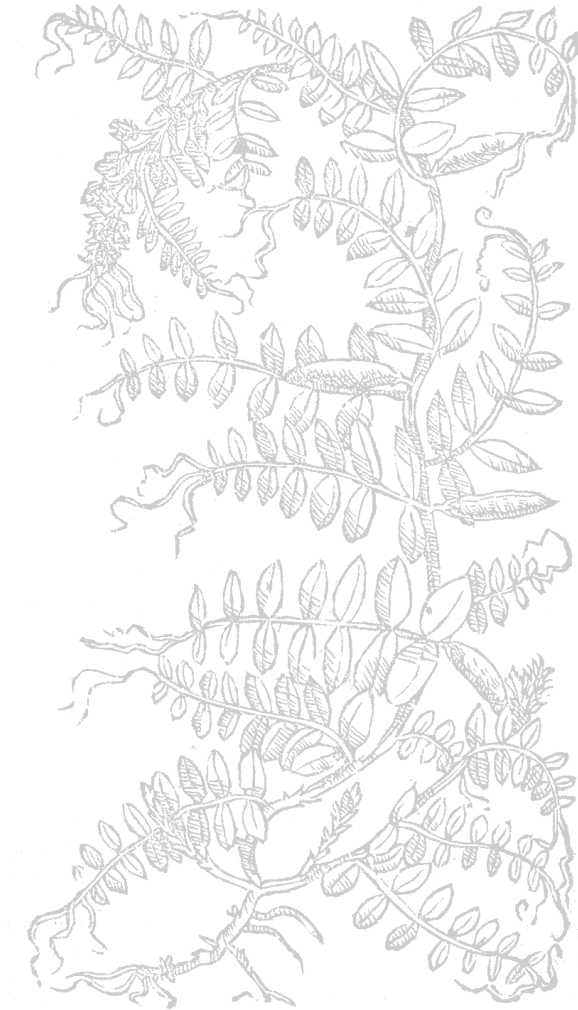
Lanza V., Manuale di legislazione universitaria. Giapeto editore. 2015.

Legge 19 novembre 1990, n. 341.

Ringraziamenti

Si ringrazia lo studente Giacomo Ponti per la raccolta dei dati ai fini dell'analisi statistica e il

dott. Matteo Arcicasa per il prezioso lavoro di analisi e visualizzazione dei dati stessi.



Il Nuovo progetto di Orientamento e Tutorato coordinato dalle due Conferenze Permanenti dei Corsi di Laurea Magistrali in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi dentarie

The New Orientation and Tutoring Project coordinated by the two Permanent Conferences of the Master's Degree Courses in Medicine and Surgery and Dentistry and Prosthodontics

Stefania Basili¹ e Livia Ottolenghi², per il network MOOD

¹ Presidente Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

² Presidente Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria

La Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia (CPPCLMM&C) e la Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria (CPPCLOPD) da molti anni riuniscono tutti i rispettivi CdL al fine di attivare un confronto pedagogico per rendere i percorsi formativi sempre più innovativi e adesi ad un core curriculum comune, ma anche continuamente allineati ai cambiamenti che il mondo sanitario e la società richiedono. Le due Conferenze hanno lavorato per far fronte alle trasformazioni intervenute nel contesto socio-sanitario, e più recentemente (in seguito all'abolizione dell'esame di stato e l'entrata in vigore della "laurea abilitante all'esercizio della professione") alla necessità di una formazione mirata ad una rapida immissione nel mondo del lavoro.

Oggi, in Italia, le attività in essere dedicate all'orientamento e al tutorato mostrano una estrema variabilità nelle varie sedi universitarie (JIME: 85, 3797-3801, 2020-DOI: 10.4487/medchir2020-85-7), sia nelle modalità di organizzazione (da singole convenzioni tra Atenei e Istituti secondari e/o ordini professionali alla istituzione di vere e proprie reti territoriali), che nella tipologia di offerta formativa dei corsi di orientamento (da percorsi strutturati, quali progetti PCTO-Asl, percorsi di orientamento e laboratori specifici, fino a eventi isolati come le giornate dedicate all'orientamento o "Una giornata da matricola"). Le attività di orientamento risultano comunque prevalentemente finalizzate a fini informative e a colmare il divario di conoscenze disciplinari richieste per l'accesso programmato ai corsi di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi Dentaria.

Anche il costo dei corsi di formazione appare molto differente tra le varie sedi sebbene di molto inferiore alle elevate cifre richieste dai corsi di preparazione privati. Vi è infine un'estrema diversità nella durata dei corsi di orientamento (dalle 40 ore ad oltre 70 ore di didattica erogata

in diverse modalità, sia in presenza, che a distanza).

Questa disomogeneità delle attività di orientamento nel territorio italiano crea una iniquità, non solo nella preparazione al test di accesso programmato ma anche nella possibilità di compiere una scelta consapevole del proprio percorso di studio e quindi di concluderlo con successo.

Un altro progetto ancora attivo è quello inerente alla valutazione longitudinale del vissuto psicologico, della sofferenza e del disagio degli studenti in alcuni corsi di medicina e chirurgia italiani, nonché delle attitudini personali importanti per la professione medica (JIME: 81, 3601-3607, 2019. DOI: 10.4487/medchir2019-81-2). Risultati preliminari di questo studio mostrano come gli studenti al primo anno di corso abbiano un elevato livello di empatia, capacità di ascolto e comunicativa, che si perde però con il passare degli anni di studio a favore di un più alto tasso di ansia e disagio personale.

Sulla scorta delle osservazioni sopra riportate, le due Conferenze hanno predisposto un progetto di orientamento e tutorato nazionale (Progetto Med Odonto Orienta Domain - MOOD), coordinato da SAPIENZA Università di Roma, che è stato ammesso al finanziamento da parte del MUR, con l'assegnazione di € 1.050.736,00 (DM n.1327 del 10-08-2023).

Il Progetto MOOD vuole creare un orientamento strutturato e omogeneo sul territorio italiano, coinvolgendo più dell'85% degli Atenei (Statali e Privati) che da anni hanno avviato progetti con il coinvolgimento di Istituti scolastici e studenti, ponendosi ora l'obiettivo di sviluppare un percorso di orientamento e di tutorato d'avanguardia, uniforme e omogeneo sul territorio italiano. Sono coinvolti nello studio 40 Atenei pubblici e privati (Tabella 1).

Il Progetto MOOD ha le seguenti finalità:

- 1) Riduzione dell'iniquinà nell'accesso all'orientamento e alla preparazione al test di ingresso ai Corsi di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi Dentarie, colmando il divario di preparazione degli studenti che frequentano scuole secondarie superiori diverse sul territorio italiano;
- 2) Riduzione degli ostacoli alla partecipazione dei corsi di formazione dovuti alla condizione socioeconomica degli studenti creando un corso gratuito ad accesso libero per la preparazione al test di accesso ai Corsi di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi Dentarie;
- 3) Attivazione di un orientamento omogeneo non solo informativo ma anche di tipo formativo, che comprenda lo sviluppo di competenze sia tecniche (technical skills) che trasversali (soft skills);

- 4) Sviluppo delle attitudini personali, quali la capacità di comunicazione e ascolto, il rispetto, la sensibilità emotiva e il team working, utili per la futura professione;
- 5) Riduzione del disagio, sofferenza e talvolta isolamento degli studenti;
- 6) Riduzione del tasso di abbandono e facilitazione della progressione nel percorso di studio;
- 7) Rafforzamento e, in molte realtà, un'attivazione della interazione Scuola-Università, favorendo l'integrazione fra queste due istituzioni.

Allo scopo di favorire buone pratiche di orientamento e tutorato, il periodico JIME ospiterà con maggiore sistematicità, come anche già fatto negli anni precedenti, articoli riguardanti le innovazioni pedagogiche nel campo dell'orientamento in ingresso ai corsi di laurea di area medica e nel campo delle attività di tutorato in entrata, in itinere e in uscita.

Università	Classi	Referente	Università	Classi	Referente
1 Bari Aldo Moro	LM 41/46	Clelia Punzo	21 Napoli Federico II	LM 41/46	Simona Paladino
2 Basilicata	LM 41	Vincenzo Brancaleone	22 Padova	LM 41/46	Veronica Macchi
3 Bologna	LM 41/46	Elena Fabbri	23 Palermo	LM 41/46	Giulia Accardi
4 Brescia	LM 41/46	Roberto Bresciani	24 Parma	LM 41/46	Maddalena Manfredi
5 Cagliari	LM 41	Luca Saba	25 Pavia	LM 41/46	Ruggero Rodríguez y Baena
6 Calabria	LM 41	Marcello Maggiolini	26 Perugia	LM 41	Francesco Grignani
7 Campania Luigi Vanvitelli	LM 41/46	Salvatore Cappabianca	27 Piemonte Orientale	LM 41	Sandra D'Alfonso
8 Catania	LM 41	Daniela Puzzo	28 Pisa	LM 41/46	Riccardo Ruffoli
9 Chieti-Pescara	LM 41/46	Oriana Trubiani	29 Politecnica delle Marche	LM 41/46	Cristina Marmorale
10 Ferrara	LM 41/46	Katia Varani	30 Roma Sapienza	LM 41/46	Stefania Basili, Livia Ottolenghi
11 Firenze	LM 41/46	Linda Vignozzi	31 Roma Tor Vergata	LM 41	Gianfranco Bosco
12 Foggia	LM 41/46	Maria Filomena Caiaffa	32 Roma Unicamillus	LM 41/46	Francesca Klinger
13 Genova	LM 41/46	Fabio Giuseppe Ghiotto	33 Salento	LM 41	Luisa Siculella
14 Insubria	LM 41/46	Marina Protasoni	34 Salerno	LM 41/46	Marcello Persico
15 L'Aquila	LM 41/46	Dina Di Giacomo	35 Siena	LM 41/46	Fabio Ferretti
16 LUM Giuseppe Degennaro	LM 41	Maria Cristina D'Adamo	36 Torino	LM 41/46	Paolo Fonio
17 Messina	LM 41/46	Edoardo Spina	37 Trento	LM 41	Simona Casarosa
18 Milano	LM 41/46	Gabriella Cerri	38 Trieste	LM 41/46	Lucio Torelli
19 Modena e Reggio Emilia	LM 41/46	Claudio Cermelli	39 Udine	LM 41	Davide Anchisi
20 Molise	LM 41	Giovanni Villone	40 Verona	LM 41/46	Cristiano Chiamulera

Tabella 1. Elenco degli Atenei e dei CdS partecipanti al Progetto MOOD, con i relativi referenti di sede.

Il primo progetto interclasse di Tutorato e Orientamento alle Professioni Sanitarie (TOP): una sfida nazionale.

The first interclass project of Tutoring and Orientation to the Health Professions (TOP): a national challenge.

Luisa Romanò¹, Tommaso Cassano², Alvisa Palese³, per il network TOP.

¹Referente Progetto TOP, Università degli Studi di Milano; ²Comitato di progettazione, Università di Foggia, ³Presidente Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie

È la prima volta che i Corsi di Studio (CdS) delle Professioni Sanitarie (PS), guidati dall'Università di Milano, (Luisa Romanò), da un comitato di progettazione (Tommaso Cassano, Antonella Lotti, Università di Foggia, Lucia Zannini, Università di Milano) e dal ruolo di facilitatore della Conferenza Permanente, hanno ottenuto un finanziamento di circa 1,17 milioni di euro per un progetto interclasse dedicato a tutte le PS e presentato nell'ambito del Piano per l'Orientamento e il Tutorato (POT) (l. 232/2016, art. 1, co. 290 - 293, attuato dal d.m. 289/2021, allegato 3).

Il progetto (acronimo TOP) ha l'intento di affrontare ed elaborare risposte per alcune problematiche emergenti di attrattività delle PS: la pandemia da COVID-19 ha chiesto ai professionisti sforzi importanti esasperando fragilità preesistenti e di crescente impatto per il Paese. Infatti, il *massive resignation* del personale del SSN ha di fatto evidenziato che le PS svolgono un lavoro difficile e poco/per nulla attrattivo. All'aumento dei posti e alla attivazione di nuovi CdS degli ultimi anni, non è conseguito un aumento dei candidati neppure per le PS storicamente attrattive. Preoccupanti sono anche gli abbandoni dovuti alla tardiva consapevolezza delle attitudini rispetto al profilo e l'aumento della durata del percorso formativo. Se da una parte i posti messi a disposizione derivano dai fabbisogni nazionali, dall'altra inefficienti sistemi di orientamento e tutorato danneggiano non solo il singolo candidato, ma anche gli Atenei e l'intero Paese. È pertanto urgente ridisegnare e rilanciare strategie capaci di facilitare scelte consapevoli, prevenire l'abbandono e il prolungamento del periodo di studio oltre la durata naturale del CdS.

In questo scenario, il TOP è un progetto di rilevanza nazionale e interclasse, finalizzato a rilanciare, ridisegnare e potenziare l'orientamento ed il tutorato verso le 22 PS delle 4 Classi di Laurea (L/SNT 1,2,3,4) attraverso una rete che coinvolge 38 Atenei (36 pubblici e 2 privati) di

18 Regioni (7 del Nord, 4 del Centro, 7 del Sud/Isola), per un totale di 434 CdS (Tabella 1).

Dal valore incrementale delle singole azioni con un effetto sinergico, il TOP sarà in grado di dare un forte impulso alle forme di orientamento e tutorato ed offrire supporto agli Atenei per affrontare le crescenti sfide nella formazione delle PS. Il Progetto TOP svilupperà, infatti, un insieme di attività trasversali e specifiche, generali e complementari, per assicurare non tanto e non solo la scelta verso una professione sanitaria, ma soprattutto lo sviluppo di un sistema capace di sostenere gli Atenei nell'orientamento e nel tutorato specifico per le PS.

Sono obiettivi specifici del Progetto TOP:

- 1) aumentare e/o mantenere l'attrattività delle PS in un contesto di crescente criticità, avvicinando al contesto sanitario popolazioni diversificate in possesso di attitudini o di un interesse alla presa in carico dell'altro/a, affinché trovino in questi spazi professionali soddisfazione e desiderio di investimento. Negli ultimi anni, la pandemia da COVID-19 ha esasperato le grosse difficoltà connesse a questo tipo di lavoro, determinando un affievolimento dell'attrattività delle PS, che il Progetto POT intende affrontare.
- 2) assicurare maggiore visibilità dei CdS delle PS che possono trovare nel Progetto TOP un'ulteriore opportunità di rilancio. Questi CdS, ben inseriti nel contesto universitario, hanno visto negli anni accrescere la propria visibilità assicurata dall'importanza del lavoro sanitario svolto, soprattutto durante la pandemia. Il SSN si compone in larga parte di questi professionisti la cui formazione universitaria è strategica e che il Progetto POT intende valorizzare.
- 3) rafforzare la qualità delle decisioni generando matrici di dati validi e condivisi: gli Atenei raccolgono dati con sistematicità attraverso sistemi locali e nazionali; MUR e Ministero della Salute raccolgono dati per informare le scelte rispetto ai fabbisogni

- delle PS. Per affrontare la complessità nella dinamica fabbisogni-offerta e la difficile predizione delle attese di sviluppo dei giovani/meno giovani in tali professioni, è necessario individuare dati specifici e sensibili capaci di orientare scelte di policy nazionali, regionali e di Ateneo.
- 4) avvicinare alle PS, attraverso metodologie interattive che ne possano indicare il valore, la complessità e le competenze. In diverse Regioni i CdS hanno attivato Percorsi per le Competenze Trasversali e l'Orientamento (PCTO) il cui censimento, valorizzazione e scambio di buone prassi può costituire un valore aggiunto del Progetto TOP, per individuare metodologie/procedure e aumentare la quantità di giovani che effettuano esperienze laboratoriali/di alternanza acquisendo anche competenze di interesse per la salute.
 - 5) potenziare e rendere trasversale il tutorato in considerazione della difficile transizione propria verso queste professioni tra mondo esterno e quello universitario, che espongono lo studente/la studentessa sia alle difficoltà, ai nuovi metodi e approcci di studio, sia ai contesti di pratica professionale di particolare complessità e difficoltà nel post-pandemia. Il potenziamento di strategie tutoriali attraverso un sistema a cascata (training the trainers) svilupperà negli studenti la capacità di far fronte alla difficile transizione ed a sviluppare competenze di resilienza preziose per il SSN. La disponibilità di professionisti resilienti capaci di affrontare le sfide del futuro è un obiettivo a lungo termine di questo progetto.
 - 6) transitare il valore delle PS nelle generazioni più giovani per generare e rafforzare la cultura della salute: tra le iniziative progettate, sarà cruciale la valorizzazione del capitale già impegnato nei CdS (tutor, tutor didattici, docenti) che con gli studenti progettano e attuano esperienze/iniziative di promozione alla salute per il benessere del Paese. Queste iniziative orientate ai principi della prevenzione e della educazione sanitaria, generano conoscenza indiretta e incrementano la visibilità e il valore delle PS.
 - 7) sostenere il percorso di avvicinamento alle PS per assicurare maggiore efficacia nella selezione e consapevolezza della propria preparazione, della compensazione di gap prima dell'accesso al CdS, con iniziative ad hoc per gap specifici.

- 8) potenziare il dialogo tra Università e Scuole secondarie di secondo grado ed altre agenzie formative per assicurare maggiori informazioni riguardo alle complessità delle PS e le molteplici declinazioni professionali, ma anche iniziative di terza missione in cui le due comunità interagiscano efficacemente per lavorare sinergicamente nel percorso di orientamento verso le PS.

Il Progetto TOP prevede, pertanto, Azioni (a) generali, di sistema e (b) specifiche di singolo Ateneo. Rispetto alle prime, composte da Azioni individuate attraverso l'analisi dell'esistente, delle buone pratiche e dei bisogni, gli Atenei parteciperanno a gruppi di lavoro/studio (call for action); con la loro partecipazione, gli Atenei metteranno in comune le proprie esperienze, avranno occasione di condividere e contribuire attivamente al raggiungimento dei risultati attesi. Quindi, tutti i prodotti, strumenti e deliverables, saranno resi disponibili a tutta la rete, insieme alle procedure raccomandate di implementazione al fine di sostenerne la concreta applicazione di ciascuna azione e raccogliere feedback valutativi. Complementari attività specifiche individuate del Progetto TOP saranno realizzate da ciascun Ateneo.

Gli obiettivi prefissati del Progetto TOP, saranno raggiunti mediante le cinque diverse azioni previste dalle linee guida del POT 2023-2025 (A - orientamento alle iscrizioni; B - attività di tutorato; C - pratiche laboratoriali; D - attività di autovalutazione e recupero delle conoscenze per l'ingresso all'università; E - crescita professionale dei docenti della Scuola Secondaria Superiore), le quali a loro volta prevedono attività specifiche per ciascuna delle quali sono stati indicati indicatori di riferimento.

Il Progetto TOP consolida e rilancia il valore della Conferenza Permanente quale luogo di scambio, sperimentazione, valutazione e crescita per il continuo miglioramento della qualità formativa. Sarà davvero interessante anche sul piano scientifico e culturale sperimentare strategie trasversali e differenziate in accordo ai bisogni dei diversi territori, CdS, Professioni: una grande opportunità per i CdS delle PS per fare sinergia, scambiare buone pratiche e crescere nei saperi disponibili per migliorare l'efficacia formativa.

Università	Classe/i	n. CdS	Referente	Università	Classe/i	n. CdS	Referente
1 Foggia	1, 2, 3	5	Tommaso Cassano	20 Napoli - Vanvitelli	1, 2, 3, 4	14	Alfonso Papparella
2 Milano	1, 2, 3, 4	22	Luisa Romanò	21 Piemonte Orientale	1, 2, 3	6	Alberto Dalmolin
3 Bari	1, 2, 3, 4	11	Cicolini Giancarlo	22 Padova			Marco Rossato
4 Bologna	1, 2, 3, 4	13	Paolo Pillastrini	23 Palermo	1, 4	4	Roberto Latina
5 Brescia	1, 2, 3, 4	11	Arianna Coniglio	24 Parma	1, 2, 3, 4	12	Massimo De Filippo (Chiara Martini)
6 Cagliari	1, 2, 3, 4	12	Paolo Contu	25 Pavia	1, 2, 3, 4	15	Cristina Arrigoni,
7 Calabria	1	1	Nicola Ramacciati	26 Perugia	1, 2, 3, 4	5	Emira Ayroldi
8 Catania	1, 2, 3, 4	10	Alfredo Pulvirenti	27 Roma - Sapienza	1, 2, 3, 4	96	Donatella Valente
9 Catanzaro	1	1	Silvio Simeone	28 Roma - Tor Vergata	1, 2, 3, 4	19	Alvaro Rosaria
10 Chieti-Pescara -	1, 2, 3, 4	13	Angelo Di Iorio	29 Roma - UniCamillus	1	1	Fabio D'Agostino
11 Ferrara	1, 2, 3	10	Katia Varani	30 del Salento	1	1	Luisa Siculella
12 Genova	1, 2, 3, 4	18	Donatella Panatto	31 Salerno	1, 2, 3	4	Paola Iovino
13 Insubria - Varese	1, 2, 3, 4	9	Cristina Giaroni	32 Sassari	1, 2, 3	6	Ciriaco Carru
14 L'Aquila	1, 2, 3, 4	11	Benedetta Cinque	33 Siena	1, 2, 3, 4	12	Monica Ulivelli
15 Libera Università Me- diterranea LUM	1	1	Valentina Simo- netti	34 Torino	1, 2, 3, 4	16	Valerio Dimonte
16 Politecnica delle Mar- che	1, 2, 3, 4	13	Erica Adrario	35 Trento	2	1	Dario Fortin
17 Modena Reggio- Emilia	1, 2, 3, 4	13	Elena Righi	36 Trieste	1, 2, 3, 4	10	Manuel Belgrano
18 del Molise	1, 2, 4	3	Roberto Di Marco	37 Verona	1, 2, 3, 4	12	Elisa Ambrosi
19 Napoli - Federico II	1, 2, 3, 4	16	Teresa Rea	38 Udine	1, 2, 3, 4	7	Alvisa Palese

Tabella 1. Elenco degli Atenei e dei CdS partecipanti al Progetto TOP delle PS.

- 3935 Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie triennio 2022-24: le sue basi storiche e gli impegni prioritari.
Alvisa Palese et Al.
- 3946 Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie: Dati sull'accesso ai corsi e programmazione dei posti nell'A.A. 2022-23
Angelo Mastrillo
- 3957 Indagine sui Piani di Studio dei Corsi di Laurea in Tecniche di laboratorio biomedico: uno studio nazionale.
Tiziana Galai et Al.
- 3968 Il nuovo progetto di orientamento e tutorato (POT-MOOD) coordinato dalle due conferenze permanenti dei Corsi di Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria e Protesi Dentarie
Stefania Basili e Livia Ottolenghi
- 3970 *Il primo progetto interclasse di Tutorato e Orientamento alle Professioni Sanitarie (TOP): una sfida nazionale.*
Luisa Romanò et Al.

MEDICINA E CHIRURGIA

Journal of Italian Medical Education

Quaderni delle Conferenze Permanenti
delle Facoltà e delle Scuole di Medicina

fondati da Luigi Frati e Giovanni Danieli

Advisory Board: Eugenio Gaudio, Carlo Della Rocca,
Lorenzo Di Muzio, Luisa Saiani, Mario Amore.

Editorial Board: Bellini T., Cangemi R., Casti A.,
Consorti F., De Placido S., Gianfrilli D.,
Gazzaniga V. («Storia della medicina»), Krengli M.,
Miglionico M., Palese A., Penco M.,
Prisco D., Raparelli V., Santini D., Tenore A.,
Zucchi R., Vignozzi L.

ISSN 2279-7068

Editor-in-Chief: **Andrea Lenzi**

(andrea.lenzi@uniroma1.it)

Co-Editor: **Stefania Basili**

(stefania.basili@uniroma1.it)

Managing Editors: **Giuseppe Familiari** e
Bruno Moncharmont
(giuseppe.familiari@uniroma1.it – mocharmont@lum.it)

Central Editorial Office: **Fatima Longo**
(fatima.longo@uniroma1.it)

www.quaderni-conferenze-medicina.it

Publisher: *Le conferenze permanenti*

<http://presidenti-medicina.it/>