



# MEDICINA E CHIRURGIA

Quaderni della conferenza permanente dei presidenti dei consigli di corso di laurea specialistica in medicina e chirurgia

## Sommario

- 597** Il difficile ma entusiasmante cammino del rinnovamento - Giovanni Danielli
- 599** Risultati del lavoro di revisione della Commissione *core curriculum* - Aldo Tomasi
- 600** Selezionare gli Studenti delle Facoltà di Medicina, stato attuale e prospettive future  
Giuseppe Familiari, Gian Battista Azzena, Paola Binetti, Lorenzo Bonomo, Alberto Calatroni, Massimo Casacchia, Enrico De Antoni, Pietro Gallo, Raffaele Geremia, Andrea Lenzi, Mirella Maroder, Marcello Negri
- 609** La funzione "tutore personale": proposta di interventi pratici finalizzati al miglioramento della situazione attuale - Alberto Calatroni, Paola Binetti, Antonino Bono, Amedeo Columbano, Giuseppe Delitala, Enrico Vasquez
- 614** Medicina di Famiglia e del Territorio: una proposta di convenzione - Giovanni Delrio
- 616** *To be or not to be?* Il corso di Inglese medico alla ricerca di una propria identità tra missioni, obiettivi e realtà diverse - Pietro Gallo, Pauline Webber, Philippa Mungra, Huon Snelgrove, Holly Ferriter, Antonio Gaddi, Giuliana Gardellini, Alberto Calatroni, Maria Concettina Tripoli, Giuseppe Familiari
- 620** Linee guida per l'attività formativa professionalizzate - Alfred Tenore, Marzia Kienle, Alessandro Lechi, Massimo Malcovati, Giuseppe Nardi, Francesco Pasquali, Claudio Rugarli, Gianluigi Sottocasa, Oreste Terranova
- 626** Telemedicina - Francesca Galeazzi

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

*Presidente Onorario, Luigi Frati*

### UFFICIO DI PRESIDENZA

Giovanni Danieli, *Presidente*

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

Renzo Celesti, Alfred Tenore, *Vice Presidenti*

Amos Casti, *Segretario*

### SEGRETERIA DELLA CONFERENZA

Prof. Amos Casti

Dipartimento di Medicina Sperimentale

Plesso Biotecnologico Integrato

Via Volturmo, 39 - 43100 Parma

Tel 0521/903808-903801, Fax 0521/903802, E-mail: casti@unipr.it

### SEGRETERIA DEL PRESIDENTE

Sig.ra Daniela Pianosi

Istituto di Clinica Medica Generale, Ematologia ed Immunologia Clinica

Polo Didattico Scientifico

Via Tronto 10 - 60020 Torrette di Ancona

Tel. 071/2206101, Fax 071/2206103, E-mail: istclinmedan@popcsi.unian.it

### Sito web

//pccl-med.vnet.aethra.it

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

Alcuni pregevoli esemplari di questa architettura e scultura accademica sono custoditi nel *Museo Civico Medievale di Bologna*.

Nella copertina è riportato il *Monumento funebre di Giovanni da Legnano* (m. 1383), opera di Pier Paolo dalle Masegne, scultore veneziano che operò a Bologna negli ultimi anni del XIV secolo; nell'interno altre immagini riproducono il *sepolcro di Bonifacio Galluzzi* (m. 1346), opera di Bettino da Bologna, attivo nella prima metà del secolo XIV e dell'*Arca di Giovanni di Andrea* (m. 1348) di Jacopo Lanfrani.

Le illustrazioni riprodotte sono tratte dal volume *Introduzione al Museo Civico Medievale, Palazzo Ghisilardi-Fava* (1987) edito dal Comune di Bologna, che vivamente ringraziamo.

## Il difficile ma entusiasmante cammino del rinnovamento

Giovanni Danieli (Ancona)

Ovviamente, obiettivo di tanto impegno è quello di far sì che l'introduzione del nuovo Ordinamento didattico non si limiti ad una semplice operazione burocratica di modifica delle aree didattico-formative in ambiti disciplinari e delle ore in crediti, ma rappresenti l'occasione per un completo rinnovamento degli obiettivi, dei contenuti, degli strumenti e delle metodologie didattiche.

Scrivemmo, noi della Conferenza, in un *Manifesto di intenti* (Medic 2000; 8:200-203) che "l'insegnamento attuale è nosografico, settoriale, resistente ad ogni tentativo di integrazione, più teorico che pratico, ridondante", tutto l'opposto di quella formazione essenziale, integrata, professionalizzante che aveva costituito il primo intento dichiarato della Conferenza; un intento che è stato perseguito attraverso la produzione di tre documenti, nell'ordine *Formazione pedagogica dei Docenti*, scritto da un gruppo di noi coordinato da Paola Binetti, *Core curriculum*, una proposta avanzata da Aldo Tomasi, Luciano Vettore, Antonio Gaddi e molti altri, e infine le Linee guida preparate da Alfred Tenore e da altri Presidenti relative alla organizzazione delle *Attività formative professionalizzanti*.

Nel primo documento (Med Chir 2000; 15:531-538) sono stati definiti identità e ruolo dei Coordinatori dei corsi ad insegnamento integrato, caratterizzati cioè da molteplicità di contenuti e conseguentemente da pluralità di voci, e che richiedono quindi un'integrazione a più livelli (dalla definizione degli obiettivi alla stesura dei programmi, dall'accordo sulle verifiche alla scelta degli strumenti idonei), integrazione che può essere assicurata solo da un'azione impegnata dei Coordinatori, insostituibile e necessaria perché nasca da tante tessere un unico disegno.

Credo non sia stata posta in alcun regolamento, ma dovrebbe esser posta, la costituzione di un Collegio dei Coordinatori, che consenta periodicamente l'incontro di questi con il Presidente del Corso di Laurea Specialistica, per verificare lo stato dell'organizzazione didattica e per mantenere tesa questa volontà integrativa, che è negazione dell'individualismo e della frammentazione ed affermazione di una didattica veramente orientata sullo Studente.

Ora, strumenti idonei devono essere forniti ai Consigli delle strutture didattiche per realizzare un insegnamento che sia essenziale e professionalizzante.

L'essenzialità risiede nel *core curriculum* che definisce il sapere minimo indispensabile per ogni professionista della sanità. Il documento preparato dal gruppo Tomasi rappresenta un sereno e meditato punto d'incontro tra le indicazioni, spesso raccomandazioni, europee e la consuetudine, che è anche tradizione, italiana; un punto d'incontro ma anche un punto di partenza, non certo d'arrivo, in quanto il *core* definito, pubblicato nel sito interattivo della Conferenza, costituisce una proposta didattica che deve essere continuamente aggiornata, non solo per il rinnovarsi delle conoscenze ma soprattutto per gli apporti che possono pervenire da esperienze maturate in ambiti culturali e in sedi diverse. Vi è necessità di un *core curriculum* per prevenire omissioni e ridondanze dei programmi, per assicurare a tutti i discenti un sapere comune che li ponga nella condizione di affrontare adeguatamente livelli superiori di formazione e per guidare gli stessi studenti nella preparazione delle prove d'esame.

Se il *core curriculum* rappresenta il *sapere*, l'*attività formativa professionalizzante* assicura il *saper fare*, spesso trascurato nel nostro insegnamento, non certo per insensibilità al problema, ma per la obiettiva carenza di docenti-tutori che permettano di realizzare un insegnamento-apprendimento che, per definizione, deve essere interattivo e a piccoli gruppi. Cominciamo quindi con il disegnarle queste attività e a domandarci, come Alfred Tenore e Soci hanno fatto, *dove* (in quale disciplina) svolgerle, *quando* (in quali anni di corso) tenerle e *come* (con quali modalità) realizzarle. Rispondendo adeguatamente a queste domande e riportando anche delle esemplificazioni, il



Gruppo ha fornito uno strumento di lavoro, senza dubbio perfettibile, ma certamente utile perché ognuno *chez soi* organizzi al meglio questa irrinunciabile fase informativa.

Per fare di uno Studente un buon Medico, non basta comunque definire i contenuti dell'insegnamento e i tempi e i modi dell'apprendimento pratico, occorre preliminarmente identificare i requisiti che uno Studente di Medicina deve possedere e definire nel contempo le procedure e gli strumenti idonei per selezionare chi questi requisiti possiede. È fin troppo ovvio segnalare che la scelta degli iscritti, così com'è oggi strutturata, è del tutto insoddisfacente, innanzitutto perché non seleziona gli idonei dai non idonei, ma assume

tutti incondizionatamente sino al riempimento dei posti disponibili; poi, abbandonando anche quel minimo accenno di globalità di valutazione che deriva dal tener conto del passato del candidato, affida la formulazione della graduatoria esclusivamente al risultato di una prova basata su quiz a risposta multipla su argomenti di chimica, fisica e matematica, biologica e logica.

Tutto ciò ovviamente non basta, per cui è apparso opportuno a Giuseppe Familiari ed al suo gruppo avanzare alcune riflessioni sull'accesso degli Studenti alle Facoltà di Medicina, riflessioni che prevedono una decisa interazione tra Scuole Superiori e Università per l'acquisizione, nelle prime, dei saperi minimi scientifici, delle abilità informatiche e della conoscenza della lingua inglese, necessari per i futuri medici; nella seconda l'adozione di nuovi mezzi di selezione, più idonei dell'attuale sistema di reclutamento degli Studenti.

Accogliere gli Studenti, ma anche accompagnarli nel loro cammino: non vi è alcun dubbio che, malgrado sia passato un decennio dalla sua istituzione, la figura del *tutore-consigliere*, che dovrebbe rappresentare un punto di riferimento per lo Studente in tutti gli anni della sua permanenza in Facoltà, non ha avuto nel nostro paese quella diffusione e consistenza richieste da una corretta applicazione della legge (341/90). Alberto Calatroni e un gruppo di Presidenti hanno affrontato il tema e suggerito alcune interessanti innovazioni, che mirano a superare l'*impasse* attuale, prevedendo una nuova figura di tutore, il *tutore-studente anziano* e, per esso, un *supporto logistico* idoneo.

Accoglierli, guidarli gli Studenti, ma anche portarli fuori dall'Accademia, nel territorio, per una piena consapevolezza dei problemi che si troveranno ad affrontare e conseguentemente per adeguare la loro formazione alle esigenze peculiari della professione medica. Di queste esigenze e della formazione dello Studente anche nel territorio si è fatto portavoce Giovanni Delrio, assecondando un altro degli intenti espressi dalla Conferenza e preparando un'ipotesi di convenzione tra Università e Federazione degli Ordini che sancisca questa fase formativa e ne definisca i confini.

Amleticamente Piero Gallo si è chiesto *to be or not to be (a good speaker of english)*, ma poiché la risposta è affermativa ha provveduto concretamente ad inquadrare, progettare e proporre, con la collaborazione di alcuni Colleghi e di alcuni Docenti di inglese, un modello originale di apprendimento quinquennale della lingua, articolato in cinque moduli ed altrettante valutazioni.

Questo numero del Bollettino riporta tutti questi progetti formulati nella scia del Manifesto programmatico preliminarmente elaborato; ora è il momento di passare dalla costruzione dei modelli alla loro realizzazione. Non sarà facile; siamo tutti consapevoli delle difficoltà che suscita ogni proposta di cambiamento, ma anche dell'esigenza, dai più fortemente avvertita, di un rinnovamento nella tradizione.

## Risultati del lavoro di revisione della Commissione *core curriculum*

Aldo Tomasi (Modena)

La Commissione composta da Aldo Tomasi, coordinatore, Giovanni Delrio, Antonio Gaddi, Luigi Murri, Umberto Mazza, Alfred Tenore, Oreste Terranova e Luciano Vettore ha portato ormai a compimento la revisione del *Core Curriculum*.

Ad una prima stesura, prodotta dal lavoro della Commissione, è seguito un periodo di revisione critica della stessa.

Attraverso la presentazione del *core curriculum* sul sito interattivo <http://pccl-med.vnet.aethra.it/unimed.htm>, molti Docenti hanno potuto apportare significativi miglioramenti al lavoro inizialmente proposto. Numerose sono state inoltre le Società scientifiche che hanno esaminato ed approvato il *core curriculum*.

Siamo ora giunti all'ultima fase del nostro lavoro. Correzioni e suggerimenti sono stati introdotti nel *data base*, è stata migliorata la presentazione grafica e l'interattività del sito. Si stanno al momento approntando i ritocchi finali.

Ci auguriamo ora che lo scopo del massiccio lavoro fatto possa essere raggiunto: con questo strumento è ora possibile per tutti i Corsi di laurea arrivare ad un confronto che deve essere costruttivo e, pur rispettoso delle specificità e delle peculiarità di ogni Facoltà, portare ad una vera unificazione culturale nella preparazione del Medico in Italia ed in Europa.

Un'ultima riflessione riguarda la recente pubblicazione del Decreto Legislativo che introduce la riforma dell'Esame di stato. La Commissione ritiene che il *core curriculum* nazionale debba divenire il punto di riferimento per la Commissione che verrà incaricata di formulare le 5000 e più domande che verranno utilizzate per la prova scritta, così come il *core curriculum* dovrebbe essere parametro di base nell'esprimere il giudizio sulle capacità acquisite dal candidato.



## Selezionare gli Studenti della Facoltà di Medicina, stato attuale e prospettive future

Giuseppe Familiari (Roma La Sapienza, 2<sup>a</sup> Facoltà) Coordinatore, e Gian Battista Azzena (Roma Cattolica), Paola Binetti (Roma Campus Biomedico), Lorenzo Bonomo (Cbieta), Alberto Calatroni (Messina), Massimo Casacchia (L'Aquila), Enrico De Antoni (Roma La Sapienza, 1<sup>a</sup> Facoltà), Pietro Gallo (Roma La Sapienza, 1<sup>a</sup> Facoltà), Raffaele Geremia (Roma Tor Vergata), Andrea Lenzi (Roma La Sapienza, 1<sup>a</sup> Facoltà), Marella Maroder (Roma La Sapienza, 1<sup>a</sup> Facoltà), Marcello Negri (Roma La Sapienza, 1<sup>a</sup> Facoltà)

### Introduzione

La selezione degli studenti per la Facoltà di Medicina è oggi un evento che deve essere considerato con la dovuta attenzione, in quanto la selezione di uno studente maturo è il prerequisito importante che, combinato a quel processo di rinnovamento che tutte le Facoltà di Medicina italiane hanno attivato, dovrebbe consentire la formazione di un buon medico che sappia rispondere alle esigenze sempre crescenti che la Società moderna impone (Jones et al., 2001). Le caratteristiche qualificanti che un buon medico dovrebbe possedere includono una buona capacità al contatto umano, le abilità ad analizzare e risolvere i problemi, ad acquisire autonomamente le informazioni, a valutare criticamente le stesse informazioni, ad acquisire nuove conoscenze, una buona pratica clinica, una buona pratica di lavoro interdisciplinare (de Koonig et al., 1999). Un Test di selezione ideale dovrebbe quindi essere in grado di selezionare, con un buon livello di predittività, studenti che siano, in tempo successivo, in grado di soddisfare queste caratteristiche qualificanti.

Estremamente importanti sembrano inoltre le indicazioni sull'argomento tratte dal *Report from the World Federation on Medical Education* (2000). Tali indicazioni sono integralmente riportate:

*A. Recruitment and admission policy: Based on relevant societal and professional data, the medical school should refine the policy document to improve its selection criteria, to reflect the capability of students to become doctors, the suitability for covering the variations in competencies related to diversity of medicine, and to comply with the social responsibilities of the institution and health needs of community and society.*

*B. Methods of selection: There should be a statement describing the relationship between selection, the educational programme and the desired qualities of graduates. The medical school should also establish a mechanism for appeal.*

### La situazione attuale in Italia e negli altri paesi

L'ingresso alle Facoltà di Medicina statali in Italia è disciplinato dalla Legge 2 Agosto 1999 n. 264 (art. 1. Sono programmati a livello nazionale gli accessi ... ai

*corsi di laurea in medicina e chirurgia ... in conformità alla normativa comunitaria vigente e alle raccomandazioni dell'UE che determinano standard formativi tali da richiedere il possesso di specifici requisiti. art. 2. L'ammissione ai corsi ... è disposta dagli atenei previo superamento di apposite prove di cultura generale, sulla base dei programmi della scuola secondaria superiore, e di accertamento della predisposizione per le discipline oggetto dei corsi medesimi ... Il Ministro determina con proprio decre-*



to modalità e contenuti delle prove di ammissione senza oneri aggiuntivi per il bilancio dello Stato), ed è basato su un test unico predisposto dalla Commissione ministeriale svolto nello stesso giorno su tutto il territorio nazionale, con graduatoria locale per le singole facoltà, costituito da 80 Quesiti a risposta multipla di cui una sola risposta esatta tra le 5 indicate, su argomenti di logica e cultura generale (26 quesiti), biologia (18 quesiti), chimica (18 quesiti), fisica e matematica (18 quesiti). Non è attualmente prevista la valutazione della carriera scolastica e del voto di maturità.

Due modelli di ammissione diversi sono tuttavia presenti nel territorio italiano, e si riferiscono al Campus Biomedico di Roma ed all'Università Cattolica.



Il modello Campus Biomedico prevede la valutazione del curriculum scolastico, la verifica delle conoscenze mediante l'utilizzo di quesiti a risposta multipla come previsto dalla legge, la verifica e l'approfondimento delle motivazioni attraverso un colloquio orale. La selezione avviene quindi non solo per le competenze ma anche per gli atteggiamenti, per il setting valoriale con cui gli studenti accedono alla Facoltà che possiede una specifica mission.

Il modello Università Cattolica prevede test scientifici come previsto dalla legge, test psico-attitudinali, test di cultura generale, religiosa, di logica. Il colloquio orale, che fino allo scorso anno veniva effettuato, non viene più svolto per motivi di complessità organizzativa in relazione ai numerosi studenti che si presentano al concorso di ammissione, e tutti i test sono basati su domande a scelta multipla con una sola risposta esatta e predisposti su schede pronte per la lettura ottica e codice a barre. La valutazione finale su tutte le prove è effettuata mediante l'utilizzo statistico dei ranghi.

Un rapido esame delle modalità di ammissione previste nelle facoltà di Medicina europee, mette in evidenza un quadro abbastanza eterogeneo anche se alcuni criteri base sembrano essere presenti in tutti gli Stati europei (Garcia-Barbero, 1999). L'ingresso alle Facoltà di Medicina in Europa è generalmente subordinato alla presenza del numero chiuso in quasi tutti gli Stati europei. In molti di questi le prove di ingresso sono coordinate a livello centrale, ma vi sono anche alcuni Paesi con un buon livello di autonomia riservato alle sedi periferiche. L'ingresso a Medicina è generalmente disciplinato da norme che tengono in giusta considerazione la carriera della scuola media superiore in quasi tutti gli stati europei; il concorso è generalmente costituito da prove scritte molto simili al test italiano con presenza però, in un buon numero di Nazioni, di test attitudinali e di interviste/colloqui tesi alla valutazione delle attitudini personali (*aptitude to medical practice, students best suited for medicine etc.*). In alcune situazioni particolari, un numero limitato di studenti può essere selezionato principalmente sulla base delle attitudini e delle motivazioni, alcuni studenti sono privilegiati sulla base della situazione socio-economica disagiata, in altri casi è fatto anche uso di sorteggi che scelgono gli studenti che possono essere iscritti, così come la selezione può avvenire nel secondo anno di corso con un primo anno senza limitazioni alla frequenza (Garcia-Barbero, 1999).

E' anche interessante citare brevemente le procedure di Selezione in alcune Università Americane rilevate attraverso la consultazione dei loro siti internet (*Stanford University, University of Washington, Miami University, Yale University*). Queste procedure appaio-

no regolate da criteri generali comuni con ampi gradi di autonomia locale e meglio orientate all'accertamento delle predisposizioni personali agli studi di medicina, anche in relazione alla particolare organizzazione, nettamente diversa da quella europea, dei Corsi di Laurea.

L'ingresso avviene attraverso il superamento di fasi successive che prevedono il percorso scolastico, le altre attività extrascolastiche, i test scritti e l'intervista (*Academic Record American Medical College Application Service, Medical Colleges Admission Test scores, Record of activities and accomplishments, Recommendations from premedical committees and individual science teachers, Personal interview*).

I criteri di selezione prevedono dei requisiti di conoscenza di base di Biologia generale, Chimica e Fisica (*Minimum Requirements. Satisfactory completion of the following courses including laboratory work: General Biology or Zoology General Chemistry Organic Chemistry General Physics*), ma in queste Università sono anche espressamente indicate le qualità personali richieste ai candidati in relazione alle missioni specifiche dei corsi pure chiaramente indicati sui siti internet delle Facoltà stesse (*Personal Qualities related to the "Mission" of the School of Medicine. The School of Medicine is interested in candidates who have.....* Stanford University: *a strong humanitarian commitment and who show evidence of originality, creativity, initiative, and a capacity for independent, critical thinking...* University of Washington: *Motivation, maturity, personal integrity and demonstrated humanitarian qualities, research experience, disadvantaged background and interest in serving the underserved. A knowledge of the needs of individuals and society and an awareness of health care delivery systems are expected...* Miami University: *Academic and mental preparedness to study medicine, breadth of life experiences, demonstrated interest and experiences in patient care, interpersonal skill level, source and degree of motivation, maturity.....* Yale University: *it looks for intelligent, mature and highly motivated students who show the greatest promise for becoming leaders and contributors in medicine. The Committee on Admissions also considers very carefully personal qualities necessary for the successful study and practice of medicine. These include integrity, common sense, personal stability, dedication to the ideal of service, and the ability to inspire and maintain confidence*)

#### Alcune ipotesi sui requisiti per la valutazione dei candidati

Le attuali procedure per l'ammissione alla Facoltà di Medicina in Italia, ma anche in molti altri Paesi

europei, sembrano dei buoni meccanismi amministrativi utili a limitare il numero degli iscritti in relazione ai posti disponibili, mentre alcune perplessità potrebbero sorgere volendole considerare procedure perfettamente idonee a selezionare quello studente ideale atto a divenire il medico ideale.

Certamente una selezione "vera" dovrebbe consentire la scelta di uno studente altamente motivato ad intraprendere gli studi medici, in grado di completare gli studi con successo e consentire quindi la formazione di un professionista competente attraverso un curriculum formativo appropriato. La scelta dello studente "giusto" potrebbe essere correlata alla "mission" specifica del corso oppure correlata ad un ideale "gold standard" di riferimento nazionale e/o internazionale. Ancora utile potrebbe sembrare un confronto del candidato con le discipline che incontrerà durante il corso di medicina per comprendere le proprie attitudini e la propria motivazione. A tale pro-



posito, è bene notare che mentre il DM 509/99 lascia una forte autonomia alla programmazione didattica degli Atenei (il 30% delle attività formative!), di contro nessun livello di autonomia è concesso nella selezione degli studenti, che pure potrebbe essere adeguata al profilo specifico del corso di laurea programmato da ogni singolo Ateneo.

Deve però essere anche considerato che le numerose innovazioni che possono essere proposte per migliorare la selettività del test potrebbero poi essere di difficilissima attuazione in relazione all'alto numero di studenti che si presentano ai concorsi di ammissione.

Un test ideale dovrebbe tenere nella giusta considerazione alcuni requisiti essenziali (Powis, 1998):

### **1. La conoscenza tematica scientifica (saperi minimi)**

Deve essere richiesta al candidato la conoscenza di Matematica, Chimica, Fisica, e se sì, a che livello? Le



conoscenze scientifiche di base sono sicuramente di rilievo, ma deve essere rilevato come gli studenti che provengono da istituti superiori ad indirizzo scientifico o tecnico potrebbero essere avvantaggiati rispetto a quelli che provengono da istituti superiori ad indirizzo classico, anche se questi ultimi possiedono un bagaglio culturale di tipo umanistico molto importante per la professione medica. Deve anche essere notato come sia presente una scarsa omogeneità nella preparazione di base della popolazione studentesca che affronta la selezione per l'accesso a medicina.

Sulla base di quanto sopra riportato, è opportuno considerare il voto di maturità o tutta la carriera scolastica? Oppure i candidati possono essere valutati direttamente dalle domande "tecniche" del questionario?

Alcuni dati sulla prova di ammissione ai DU della Facoltà di Medicina di Milano (Bossi, 2001), dimostrano che il Programma Ministeriale appare troppo vasto rispetto alla preparazione dei candidati (in misura maggiore per Fisica e Chimica rispetto agli altri argomenti). Questa osservazione dovrebbe rendere consapevoli gli studenti (o i docenti delle scuole superiori) a rivedere la loro preparazione sia in vista dell'esame di ammissione sia, e ancor più, per una crescita culturale al di là del semplice nozionismo, opportuna qualunque sia l'attività lavorativa che si intende intraprendere. Un progetto pilota di integrazione dei saperi minimi (Fisica, Chimica, Matematica, Biologia e Testistica) attivato nel 1999 dall'Università di Roma "La Sapienza" in collaborazione con 16 Licei romani, evidenzia come gli studenti che abbiano seguito le lezioni aggiuntive nel corso dell'ultimo anno di scuola, hanno avuto poi un indice di successo ai test d'ingresso di Settembre 2000 pari a circa il 99% in termine di studenti ammessi (Falaschi et al., 2002).

I prerequisiti, il tipo ed il grado di conoscenze richieste sono determinate dal programma di riferimento ministeriale. L'osservazione che il programma ministeriale appare troppo vasto rispetto alla preparazione dei candidati (Bossi, 2001) deve far riflettere seriamente sui correttivi che debbono essere messi in atto. Il programma ministeriale potrebbe essere reso più idoneo alle conoscenze medie dei candidati, o viceversa gli studenti potrebbero essere più preparati dalla scuola secondaria superiore. Probabilmente le due ipotesi dovrebbero essere percorse contemporaneamente.

Oltre alla risposta frettolosa ai quiz già previsti dal programma di riferimento dovrebbe essere impostato un programma di interazione con gli Istituti di Istruzione Superiore. Possono essere messe in atto le iniziative sui "saperi minimi" nel

corso dell'ultimo anno di scuola superiore sulla base delle preiscrizioni che sono fatte con almeno un anno di anticipo. Questo potrebbe permettere l'integrazione specifica a tutti coloro che ne fanno richiesta, nell'ambito delle attività didattiche integrative che gli Istituti di Istruzione Secondaria Superiore organizzano, e che andrebbero finalizzate ai successivi percorsi universitari. In questo caso gli studenti intenzionati a fare il medico potrebbero acquisire le competenze richieste, e verrebbe data una reale pari opportunità a tutti gli studenti che provengono da Licei diversi o Istituti Superiori diversi.

Questo dovrebbe presupporre quindi una conoscenza certa e precisa delle regole di ingresso che dovrebbero essere definite con almeno 1 anno di anticipo e non con pochi mesi di anticipo come è attualmente. Questo rende infatti non "uguali" gli studenti nei confronti dell'entrata in relazione ai loro percorsi didattici diversi ed alla carenza del tempo a disposizione per recuperare lacune non dovute allo studente ma ai programmi diversi nelle diverse tipologie dei Licei e degli Istituti di Istruzione Superiore con i quali si accede alle Facoltà Universitarie.

Deve essere ancora notato come il programma di riferimento del ministero dovrebbe essere aggiornato prevedendo anche alcune conoscenze di base della lingua inglese e dell'informatica, strumenti di conoscenza importanti ed indispensabili per una facoltà scientifica come Medicina. In relazione a questo deve però essere ulteriormente evidenziato come queste discipline, negli ordinamenti scolastici vigenti non siano sempre presenti (nei programmi del Liceo Classico lo studio dell'inglese non è previsto, se non in alcune sezioni sperimentali, così come lo studio dell'informatica non è sistematicamente previsto, se non in alcuni percorsi formativi di tipo tecnico).

Alcune osservazioni della letteratura internazionale evidenziano una buona correlazione tra precedenti scolastici identificabili come *saperi minimi scientifici* e buona capacità a ragionare con una buona progressione negli studi universitari (Mitchell et al., 1994; Wiley and Koenig, 1996; Swenson et al., 1996; Huff and Fang, 1999; Blue et al., 2000).

Altri dati della letteratura evidenziano però che le graduatorie in ingresso utilizzate negli Stati Uniti (Academic Profile e Medical College Admission Test) correlano con gli standards del successo accademico come le graduatorie del National Board Examinations (Mitchell, 1990; Elam and Johnson, 1994) mentre non correlano con la *performance*

clinica o la soddisfazione del paziente (Basco et al., 2000).

Anche interessanti appaiono i dati di Marley e Carman (1999) sulla selezione degli studenti ed il loro rapporto con la carriera scolastica precedente, a dimostrazione del peso non eccessivo che la carriera scolastica precedente deve avere nell'intero giudizio di ammissione (*Secondary school matriculation score were not shown to correlate with internship ratings and those admitted with very high marks were not superior to those selected through composite entry. Selection by matriculation score alone is no longer desirable nor equitable. Selection may include assessments of such abilities critical thinking and logical reasoning. Medical school may have responsibility to provide equal opportunities to candidates from any school background and to allocate places to applicants who have made their own, clear, informed choice to pursue a career in medicine*).

## 2. Le abilità cognitive

E' importante saper ragionare in modo logico, critico, essere capaci di risolvere problemi? Certamente questo punto riveste, come già evidenziato, una rilevanza significativa (de Koonig et al., 1999). Le abilità cognitive sono già ben testate in tutti i concorsi di ammissione europei (Garcia-Barbero, 1999), e rivestono una grande importanza anche nel test italiano (Ammissione alle Facoltà Scientifiche a Numero Programmato, 2001). Deve essere notata una scarsa omogeneità nell'acquisizione del *metodo* nella popolazione studentesca che affronta la selezione per l'accesso a medicina, derivante dalla disparità dei programmi dedicati nella scuola secondaria superiore, così come deve essere notato che sono proprio queste domande a suscitare sorpresa nei *mass-media*, sorpresa che deriva da una scarsa informazione dell'importanza che hanno proprio questi test, che potrebbero sembrare non pertinenti, ma che giustamente sono e debbono essere valutati con una incidenza di maggior rilievo rispetto alle domande tematiche al pari dei paesi esteri.

## 3. Le predisposizioni caratteriali specifiche e altre attitudini

Empatia, flessibilità, maturità, onestà, buon senso? Buona motivazione, capacità di autoapprendimento, spirito critico? Capacità di comunicazione verbale e scritta? Capacità a lavorare in gruppo, tolleranza, pazienza? Evidenze nella letteratura internazionale pongono in primissimo piano queste caratteristiche che dovrebbero essere *desiderabili* per tutti gli studenti (Marley and Carman, 1999). Di notevole inte-

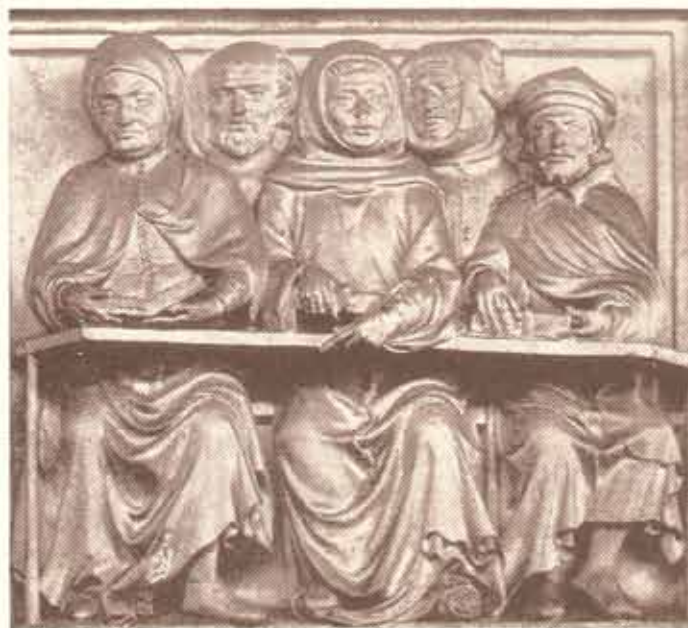
nessa potrebbe sembrare la valutazione dell'intelligenza emotiva. Questa prevede l'abilità a comprendere e valutare le proprie ed altrui emozioni sapendole discriminare e sapendole utilizzare nel proprio pensiero, nelle azioni e nelle abilità a risolvere problemi (Salovey and Mayer, 1990; Mayer and Salovey, 1993). Essa potrebbe essere usata come misura delle capacità non cognitive dei candidati alle Facoltà di Medicina (Elam, 2000). Infatti, l'abilità a comprendere e a controllare le emozioni può rappresentare una qualità importante nell'interazione con il paziente e/o con gli altri membri dell'equipe medica, così come può essere importante per il medico stesso per controllare lo stress legato alla professione. Si tratta comunque di elementi difficilmente valutabili soprattutto in giovani di 18 anni che non hanno certamente raggiunto una maturazione completa della personalità. A tale proposito, esistono alcuni dati italiani che sono in corso di elaborazione, e che si riferiscono alla somministrazione di questionari tendenti a valutare queste caratteristiche, distribuiti agli studenti dell'ultimo anno di Scuola Superiore che hanno fatto la pre-iscrizione a Medicina (Calatroni, dati non pubblicati), e agli studenti del secondo anno di Medicina (Familiari e Falaschi, dati non pubblicati).

#### **Alcune ipotesi di procedure per una selezione "ideale"**

Dopo aver stabilito i requisiti che uno studente di medicina deve possedere, bisogna identificare la procedura e gli strumenti più idonei per esaminare i candidati. Requisiti di base dovrebbero comunque prevedere obbiettività, imparzialità e affidabilità.

#### **Uso di domande a risposta multipla per le conoscenze tematiche e le abilità cognitive**

Le domande a risposta multipla costituiscono la base insostituibile per l'accertamento dei saperi tematici e per l'accertamento delle abilità cognitive. Le domande non valutano solo capacità mnemoniche, ma anche la capacità a interpretare dati o a risolvere problemi. Esse rappresentano già un grande patrimonio



comune con una banca dati di grande quantità e qualità (Ammissione alle Facoltà Scientifiche a Numero Programmato, 2001).

#### **Uso dei test psicometrici scritti ed eventualmente di un "saggio breve scritto"**

Potrebbero essere utilizzati test appositamente concepiti per identificare le capacità cognitive e non cognitive necessarie ad uno studente per un buon percorso di studio e successivamente nell'esercizio della professione. Potrebbero essere valutate, attraverso l'utilizzazione di questo mezzo, l'integrità psicofisica, la capacità di comunicazione interpersonale, la capacità a risolvere problemi, l'intelligenza emozionale e l'empatia, la capacità a ragionare criticamente, la capacità di iniziativa, la capacità a sopportare situazioni stressanti, l'entusiasmo e la buona motivazione per gli studi medici.

I test psicometrici potrebbero essere proposti nell'ultimo anno di liceo, sotto la supervisione dei docenti della scuola media superiore, oppure nelle strutture universitarie, come parte dell'esame di ammissione, oltre ai test di logica e cultura generale.

Un ulteriore mezzo, in grado di accertare l'abilità ad organizzare i pensieri e le idee in maniera concisa e fornire dati utili sulle capacità analitiche del candidato, potrebbe essere rappresentato dal saggio breve scritto, anche se molto complesso da organizzare e da valutare in modo comparativo. Evidenze nella letteratura internazionale suggeriscono un buon grado di correlazione con la competenza clinica raggiungibile nel corso degli studi in quanto correlato

alla abilità a risolvere i problemi che è correlata ad una buona attitudine alla clinica (Hojat et al., 2000)

#### **Intervista di tipo strutturato o doppio colloquio**

Numerosi dati nella letteratura riportano l'efficacia di questo strumento nella procedura di selezione degli studenti per la facoltà di medicina (Molidor and Casella Kern, 1980; Morris, 1999; Glick, 2000; Patrick

et al., 2001; Binetti, 2002).

Dovrebbero essere intervistati i candidati che hanno ottenuto un buon punteggio nella valutazione della preparazione di base e buona attitudine dai test psicometrici.

Le interviste dovrebbero essere condotte da personale addestrato, dopo una procedura predeterminata e costante per valutare ulteriori qualità personali ed il sapersi relazionare (capacità di comunicazione ed abilità verbali e la motivazione ad essere medico). In più, l'intervista potrebbe essere usata per studiare la compatibilità potenziale del candidato con il programma di studi della facoltà; l'intervista potrebbe essere utilizzata per comprendere se e come il candidato si integra nei piccoli gruppi, se preferisce l'insegnamento guidato o l'autoapprendimento.

L'intervista dovrebbe essere comunque usata per raccogliere soltanto le informazioni nelle aree predeterminate: non dovrebbe essere usata come l'evento di selezione. Se l'intervista fosse l'evento di selezione gli intervistatori sarebbero influenzati nel loro obiettivo di raccolta dei dati dalle proprie considerazioni di come loro vorrebbero che fosse il candidato adatto alla facoltà di medicina (Powis, 1998).

Uno studio pilota (Carrothers et al., 2000) illustra un metodo basato sull'utilizzazione di una intervista atto a valutare l'intelligenza emotiva nei candidati all'accesso alla Facoltà di Medicina. Fondamenti di questo metodo sono in grado di rivelare le capacità personali ed interpersonali di comunicazione, in relazione alle dimensioni della maturità, compassione, moralità, socialità e disposizione alla calma. Deve essere però rilevata l'estrema difficoltà per gli intervistatori a giudicare correttamente attraverso questo sistema di valutazione, in quanto potrebbero essere fuorviati dall'estroversione, dall'espressività verbale o dall'empatia del candidato. D'altro canto l'intelligenza emotiva può essere migliorata insegnando ed illustrando abilità e capacità in grado di promuoverne la crescita (Weisinger, 1998).

#### **Proposte per un livello di aggiornamento "essenziale" del concorso di ammissione**

Il gruppo di lavoro ha distribuito un questionario, teso a rilevare le opinioni sull'accesso a Medicina, ai 46 Presidenti dei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia. Hanno effettivamente risposto 37 Presidenti, molti dei quali si sono avvalsi della collaborazione della propria Commissione Tecnico-Pedagogica, per un campione rappresentativo pari all'80,4% del totale. Le indicazioni pervenute sono state discusse ed elaborate nella riunione della conferenza che si è tenuta ad Ancona il 14 Dicembre 2001.

Sono quindi formulate alcune proposte in tema di ammissione al Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, nella considerazione che i nuovi corsi di Laurea Specialistica attivati hanno introdotto numerose innovazioni tali da richiedere l'adozione di mezzi di selezione più idonei nel sistema di reclutamento degli studenti. Tali proposte sono quindi tese a migliorare la correlazione tra tipologia della procedura selettiva e il prevedibile rendimento nel successivo *curriculum* formativo, e al pari, intendono reclutare studenti che siano in grado di soddisfare meglio le caratteristiche che un buon medico deve avere.

Esse vogliono essere, in riferimento a quanto idealmente dovrebbe e potrebbe essere fatto, rappresentative di un livello di aggiornamento *essenziale* da applicare probabilmente già dal prossimo anno accademico; dovrebbero comunque rappresentare la base per una ricerca-azione tra le diverse Facoltà, in cui, i dati innovativi, che potrebbero essere raccolti già dal prossimo anno, non sono usati per la selezione, ma ai fini dell'orientamento per gli studenti ammessi.

Le proposte sono di seguito riportate:

1. Pubblicazione delle regole specifiche di ammissione con almeno 6 mesi/1 anno di anticipo sulla data stabilita per il concorso, allo scopo di rendere realmente utili le attività di orientamento degli Atenei nella acquisizione dei saperi minimi richiesti e poter consentire quindi a tutti i candidati che provengono da percorsi didattici diversi, e che abbiano una forte motivazione, di raggiungere il livello di preparazione richiesto.

2. Formulazione di quesiti di Biologia, Chimica, Fisica e Matematica meglio calibrati sulla base delle



diversità dei programmi della scuola media superiore nelle varie tipologie dei corsi che danno titolo a partecipare al concorso di ammissione. Tali quesiti dovrebbero avere un peso relativo pari a circa il 50% della valutazione globale.

3. Inserimento di quesiti sulla conoscenza linguistica dell'Inglese e dell'informatica, in considerazione della loro ormai innegabile importanza in un curriculum scientifico come quello medico. E' proposto un peso relativo pari a circa il 2-4% per ciascuna materia nella valutazione globale.

4. Formulazione di quesiti di logica e cultura generale di complessità più consona alla preparazione media dei candidati, in considerazione, anche in tal caso, delle diversità esistenti nella scuola secondaria superiore. Si raccomanda, per tali quesiti, un peso relativo pari a circa il 32-34% della valutazione globale, in relazione alla loro importanza nel determinare le attitudini a risolvere i problemi e le capacità critiche dei candidati.

5. Considerazione del curriculum scolastico nell'ambito della valutazione totale, con una incidenza pari a circa il 10% della valutazione globale. In particolare si propone di valutare, ai fini dell'ammissione, il voto di maturità. Tale valutazione tiene, infatti, in debito conto, oltre al risultato della prova finale nelle diverse tipologie previste per l'accertamento della maturità raggiunta, anche dei crediti scolastici ottenuti negli ultimi tre anni sulla base del rendimento scolastico e di attività extrascolastiche frequentate con profitto dallo studente.

6. Considerazione, nella formulazione del punteggio totale, del metodo statistico dei ranghi, identificando una percentuale minima di risposte esatte da raggiungere nelle diverse "sezioni" del test pari ad almeno il 20% in ogni singola sezione. Tale metodo non si applica alle conoscenze linguistiche ed informatiche, in quanto non adeguatamente rappresentate in tutti i programmi della scuola secondaria superiore.

7. Valutazione dell'adesione del candidato alla missione specifica del Corso (purché questa sia definita nei tempi dovuti) anche attraverso l'utilizzazione di quesiti proposti dalla singola sede sulla base del profilo specifico del Corso di Laurea previsto dall'art.12 comma 2 punti a-e del D.M. 509/99 e dell'art.3 comma 1 del DM 28.11.2000 e nel rispetto della autonomia e della competizione amministrativa degli Atenei.

8. Possibile utilizzazione, per quelle sedi che intendano avvalersene ai fini della selezione sulla base del loro specifico profilo formativo, di ulteriori metodi (test psico-attitudinali, valutazione dell'intelligenza sociale, breve saggio scritto, intervista strutturata,

doppio colloquio ecc.) tendenti a valutare meglio la predisposizione dei candidati alle discipline del corso, anche se con un peso relativo limitato al 2-4% della valutazione globale. L'utilizzazione di tali metodi è comunque raccomandata, anche in riferimento ai soli studenti già ammessi, ai fini dell'orientamento, ed allo scopo di valutarne l'efficacia, nella realtà socio-culturale italiana. Questi metodi potrebbero essere utili per accertare, con maggiore accuratezza, le caratteristiche basilari che ogni candidato dovrebbe possedere per divenire un buon medico: integrità morale, senso etico, capacità a comunicare e a risolvere problemi, empatia, iniziativa, autocontrollo, entusiasmo e motivazione, capacità a lavorare in gruppo, tolleranza e pazienza.

Una ulteriore interessante proposta di lavoro futuro riguarda, infine, la possibilità di poter confrontare, attraverso una ricerca nazionale, i risultati degli studenti selezionati su base nazionale con un medesimo strumento, con i risultati raggiunti al termine del primo anno e del primo biennio. Queste fasi formative presentano entrambi delle criticità specifiche e la loro analisi potrebbe fornire importanti dati oggettivi quantificati della selezione almeno sotto il profilo cognitivo, mentre per quello relazionale sarebbe necessario più tempo e comunque mancherebbero i parametri di riferimento. Questi dati potrebbero essere di grande importanza per meglio comprendere le argomentazioni critiche elaborate in base a questioni di principio.

## Bibliografia

1. Basco WT jr, Gilbert GE, Chessman AW, Blue AV (2000). The ability of a medical school admission process to predict clinical performance and patients' satisfaction. *Acad Med* 75;7:743-747.
2. Binetti P (2002). Ruolo dell'Intervista nel test di Ammissione a Medicina. Articolo in preparazione.
3. Blue AV, Gilbert G E, Elam C L, Basco W jr (2000). Does Institutional selectivity aid in the prediction of medical school performance? *Acad Med* 75; 10: suppl, s31-s33.
4. Bossi A (2001). Prova di ammissione ai Diplomi Universitari della Facoltà di Medicina di Milano. Un'analisi dei risultati. *MEDIC* 9: 73-75.
5. Carrothers RM, Stanford WG jr, Gallagher TJ (2000). Measuring emotional intelligence of medical school applicants. *Acad Med* 75; 5:456-463.
6. Conferenza permanente dei presidenti di corsi di laurea in medicina e Chirurgia (2001). L'ammissione alle Facoltà Scientifiche a numero programmato, UTET, Torino.
7. De Koonig J, Linders N, Smolders F, Willenstein S (Eds. 1999). *Medical Education in Europe. An Antology of Med-Net Conference Presentations. Lille 1998 and Maastricht 1999.* TRIO print, Nijmegen, Holland.
8. Elam CL, Johnson MMS (1994). Using preadmission and

- medical school performances to predict scores on the USMLE Step 2 examination. *Acad Med* 69:852.
9. Elam CL (2000). Use of emotional intelligence as a measure of medical school applicants' non cognitive characteristics. *Acad Med* 75: 445-446.
  10. Falaschi P, Brienza L, Morisani ML, Familiari G (2002). Orientamento e Successo Formativo. MEDIC, in corso di stampa.
  11. Garcia-Barbero M. (Ed. 1999) *Medical Curricula in European Countries*. Published by Who European Center for Integrated Health Care Services, Barcelona, Spain.
  12. Glick SM (2000). Selection for entry to medicine and specialist training. *Medical Teacher* 22, 443-447.
  13. Hojat M, Erdermann JB, Velosky JJ, Nasca TJ, Callahan CA, Julian E, Peck J (2000). A validity study of the writing sample section of the medical college admission test. *Acad Med* 75; 10: suppl s25-s33.
  14. Huff KL, Fang D (1999). When are students most at risk of encountering academic difficulty? A study of the 1992 matriculants to U.S. medical schools. *Acad Med* 74: 454-460.
  15. Jones R, Higgs R, de Angelis C, Prideaux D (2001). Changing face of medical curricula. *The Lancet*, 357: 699-703.
  16. Marley J, Carman I (1999). Selecting medical students: a case report of the need for change. *Medical Education* 33: 455-459.
  17. Mayer JD, Salovey P (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence* 17:433-442.
  18. Mitchell K, Haynes R, Koenig JA (1994). Assessing the validity of the updated medical college admission test. *Acad Med* 69:394-401.
  19. Mitchell KJ (1990). Traditional predictors of performance in medical school. *Acad Med*; 65:149-158.
  20. Molidor JB and Casella Kern D (1980). *Handbook for interviewers*, second edition. College of Human Medicine, Office of Admissions, Michigan State University.
  21. Morris JG (1999). The value and role of the interview in the student admission process: a review. *Medical Teacher*: 21, 473-481.
  22. Patrick LE, Altmajer EM, Kuperman S, Ugolini K (2001). A structured interview for medical school admission phase 1: initial procedures and results. *Acad Med* 76;1: 66-71.
  23. Powis D (1998). How to do it. Select medical students. *Brit Med J* 317; 1149-1150.
  24. Salovey P, Mayer JD (1990). Emotional intelligence. *Imagination Cogn Pers* 9: 185-211.
  25. Swanson DB, Case SM, Koenig J, Killian CD (1996). Preliminary study of the accuracies of the old and new Medical College Admission Tests for predicting performance on USMLE Step 1. *Acad Med* 71; (1 suppl): s25-s27.
  26. Weisinger H (1998). *Emotional intelligence at work*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
  27. WFME Task Force on Defining International Standards in Basic Medical Education. 2000. *Medical Education*: 34, 665-675.
  28. Wiley A, Koenig JA (1996). The validity of the medical college admission test for predicting performance in the first two years of medical school. *Acad Med* 71;(10 suppl): 83-85.



## La funzione "tutore personale": proposta di interventi pratici finalizzati al miglioramento della situazione attuale

Alberto Calatroni (Messina), Coordinatore e Paola Binetti (Roma Campus Biomedico), Antonino Bono (Palermo), Amedeo Columbano (Cagliari), Giuseppe Delitala (Sassari), Enrico Vasquez (Catania)

Oggetto della presente breve trattazione è l'analisi di un tipo particolare di Tutorato, indicato come Tutorato personale. L'art. 13 della 341/90 sottolinea che il tutorato è "finalizzato ad orientare ed assistere lo Studente ed a promuovere la sua partecipazione attiva a tutte le attività formative, organizzative e gestionali della struttura universitaria". La normativa già dieci anni fa aveva uno spiccato carattere propositivo. Vedeva nella nuova offerta formativa una specifica opportunità offerta a tutti gli Studenti perché potessero sviluppare durante gli anni universitari una serie di risorse, che andavano al di là della cultura scientifica della Facoltà scelta e puntavano a creare delle competenze di più ampio respiro. Un approccio orientativo che nella Facoltà di Medicina e Chirurgia ricorda l'obbligo di impostare la formazione degli Studenti con una particolare attenzione anche alle loro capacità di comunicazione, alla loro sensibilità per i valori etici, e una concreta apertura alle problematiche di tipo economico-organizzativo.

Indubbiamente al sistema tutoriale contribuiscono diversi modelli di Tutore, soprattutto:

a) quello del "Tutore/Docente", classicamente legato alla didattica interattiva del *Problem Based Learning* e del *Problem Solving*, sia nelle attività formative di base che nell'area clinica, dove rappresenta il modo più efficace per l'acquisizione della metodologia di ragionamento clinico, tanto che si può parlare di Tutore clinico, proprio in rapporto alla formazione professionalizzante dello Studente.

b) quello del Tutore con funzioni di consulente-consigliere. Il suo ruolo è quello di orientare le scelte dello Studente, per aiutarlo a definire i propri obiettivi di studio e a gestire correttamente i propri problemi nell'ottica di una sua piena maturazione umana e professionale.

Difficile dire quali siano le caratteristiche del sistema tutoriale che più e meglio contribuiscono alla formazione dello Studente, ma indubbiamente tocca al "Tutore personale", il compito di aiutare lo studente ad orientarsi all'interno del sistema, utilizzando i diversi contributi in senso funzionale rispetto ai suoi specifici interessi e bisogni formativi (Binetti et al., 1999).

La già citata Legge 341/90, all'art. 12, stabilisce anche che la funzione tutoriale è compito istituzionale di tutti i Docenti, Professori e Ricercatori, sotto-

lineandone la piena dignità accademica e inserendola a pari dignità tra tutti gli altri compiti che i professori sono chiamati a svolgere: un percorso che va dalla ricerca alla assistenza, dalla didattica alla formazione.

Malgrado sia passato un decennio dalla sua istituzione, la cultura del Tutorato non appare tuttavia ancora sufficientemente radicata nelle diverse sedi universitarie italiane, e la sua diffusione non è certamente omogenea. È opinione comune che un tentativo di miglioramento della situazione attuale vada fatto, sia nelle sedi dove si sono sperimentate una serie di modalità attuative, sia, soprattutto, in quelle nelle quali c'è ancora molto da fare.

Nell'ambito della Conferenza permanente dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia è stato perciò costituito un gruppo regionale di lavoro sul Tutorato, costituito dai Presidenti del Consiglio di Corso di Laurea delle Regioni Calabria, Sardegna e Sicilia, attualmente A. Bono, dell'Università di Palermo, A. Calatroni, dell'Università di Messina, A. Columbano, dell'Università di Cagliari, G. Delitala dell'Università di Sassari, E. Vasquez, dell'Università di Catania, ai quali si aggiunge Paola Binetti, dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, in qualità di consulente-esperto. Finalità di questo Gruppo di lavoro è individuare i mezzi affinché il servizio di Tutorato personale si avvii ad una migliore realizzazione in tutte le sedi italiane, soprattutto quelle dove ha finora incontrato difficoltà così serie da comprometterne la effettiva attuazione.

Circa un anno addietro, il Gruppo di lavoro, allora con una composizione leggermente diversa, aveva richiesto alle varie sedi informazioni su tre punti chiave:

- l'esistenza di normativa specifica sul Tutorato nell'ambito del Corso di Laurea,
- le modalità e la durata della nomina del Tutore nell'arco dei sei anni di corso,
- l'esistenza di Corsi di formazione per i Tutori nella propria Sede universitaria.

I risultati dell'indagine, cui hanno risposto il 50% delle sedi, sono sintetizzabili in questi dati:

- tutte le sedi disponevano di un regolamento sul tutorato,
- la nomina dei tutori avveniva *ex officio* al I anno: in alcuni copriva l'intero corso di studi, in altri aveva

durata triennale, con possibilità di scelta da parte dello Studente

- salvo alcune eccezioni, non venivano tenuti corsi di formazione per Tutore.

Una prima valutazione di questi dati permette di sottolineare come abbia prevalso in questi primi anni l'approccio di tipo burocratico rispetto a quello di tipo psicologico o pedagogico. A livello istituzionale definire quanto prima il regolamento è sembrato fin dal primo momento rassicurante, un modo concreto per mettersi al riparo da eventuali critiche: lo Strumento sembrava garantire almeno la buona volontà di rispondere al mandato legislativo. Minore attenzione è stata posta al meccanismo dell'attribuzione Tutore-Studente, optando ancora una volta per un approccio casuale e quindi garantendosi, attraverso il formalismo dell'operazione, di aver compiuto al mandato richiesto. C'è un regolamento e ogni Studente ha un Tutore. A questo punto se il sistema non funziona si può anche cercare un capro espiatorio, ma fuori dalla struttura di governo, che ha già adeguatamente provveduto ai propri compiti. In realtà gran parte dello scarso successo incontrato dal tutorato in questi anni è da attribuire proprio al prevalere della logica burocratica su quella psicopedagogica, generando appunto un compimento formale che può essere sintetizzato con l'espressione: compio e mento.... Compio alcuni aspetti visibili, ma rinuncio ad intervenire nella dimensione più profonda della relazione tutoriale che richiede una trasformazione profonda delle dinamiche relazionali Tutore-Studente, improntandole ad una relazione di reciproca fiducia, di cui ben poche volte lo Studente ha fatto esperienza in precedenza, per cui manca di oggettivi punti di riferimento. D'altra parte anche il Docente proviene da un percorso formativo impostato in gran parte su di una logica di tipo prevalentemente cognitivo, razionale, priva di quella dimensione orientativa interpersonale che trasforma un Docente in un Maestro. Riscoprire la dimensione orientativa dell'insegnamento, superando la dicotomia che separa la funzione docente dalla funzione educativa, per riscoprire ancora una volta come in realtà si tratti di due facce di una unica medaglia è il grande merito del sistema tutoriale. E il tutorato personale ne è in un certo senso l'espressione più umana e più bella.

Dall'indagine emergevano altri due dati significativi che, sia pure in modo differenziato, erano comunque comuni a tutte le sedi che avevano risposto, e cioè:

- un disinteresse più o meno accentuato, ma comunque sostanziale, degli Studenti ad utilizzare il servizio di tutorato personale, spesso per effetto della delusione dopo un primo tentativo, sostanzialmente fallito, di incontro con il Tutore;

- un diffuso disimpegno, da parte dei Docenti, moti-

vato dalla volontà di non sottrarre tempo alle altre attività istituzionali tradizionali, considerate come prioritarie: ricerca e assistenza

Ovviamente in ogni singola sede venivano descritte numerose e significative eccezioni, non sufficienti però a salvare il servizio di Tutorato nella sua interezza. Molte sedi avranno nel frattempo operato per superare tale difficoltà e la nuova indagine che si svilupperà nei prossimi mesi potrà darne adeguatamente conto.

Il Gruppo di lavoro, in attesa di ricevere nuove e più complete informazioni, ha comunque ritenuto utile definire una strategia di interventi funzionali alla soluzione dei problemi alla base delle difficoltà incontrate nella realizzazione del Tutorato personale, proponendosi di sperimentare tale strategia nelle sedi dei componenti il Gruppo di lavoro, in funzione pilota. Riservandosi poi di trarre opportune deduzioni dopo un periodo di prima attuazione. La strategia scelta è



sostanzialmente una strategia di supporto all'azione del Tutore personale, nel convincimento che la realizzazione di questa funzione avrà una ricaduta positiva anche sulle altre forme di Tutorato. Il supporto è operato in una duplice direzione: da un lato favorire il rapporto personale tra Studente e Tutore; dall'altro dotare il Tutore personale delle capacità operative necessarie per affrontare correttamente i problemi dello Studente e non deluderne le aspettative. Nell'elaborare le proposte operative si è tenuto conto sia di alcune esperienze italiane che di altre esperienze internazionali, inglesi, olandesi e danesi.

Sulla base di quanto raccolto in letteratura ci si propone di:

a) creare le condizioni per un maggiore coinvolgimento degli *Studenti anziani* nella funzione del Tutore personale. Le difficoltà iniziali nel colloquio Tutore-

Studente appaiono spesso legate alla scarsa capacità iniziale da parte di entrambi di condividere linguaggi, obiettivi ed aspettative, con una sorta di reciproca diffidenza che non facilita un colloquio franco e sincero. Lo Studente anziano potrebbe individuare con più prontezza i punti nevralgici del disorientamento tipico della matricola, sia a livello di metodologia di studio, che a livello di gerarchia di problemi personali ed organizzativi. Il suo compito potrebbe essere quello di aiutare lo Studente a far chiarezza dentro di sé per comprendere meglio di cosa ha bisogno e quali sono le risorse su cui può contare per affrontare i suoi problemi. Il *Peer tutoring* è una tipica relazione di aiuto, che ha un valore formativo paradigmatico in tutte le professioni che hanno il loro costruito di riferimento proprio nell'azione di servizio. Offre un forte contributo allo sviluppo della intelligenza emotiva e permette di verificare tutta una serie di competenze comunicative, su cui lo studente senior dovrebbe aver già ricevuto una opportuna formazione specifica. L'intervento dello studente senior, che andrebbe identificato in base ad una serie di competenze e meta-competenze specifiche, potrebbe essere chiesto, su base volontaristica, riconoscendogli in contropartita alcuni crediti di didattica elettiva oppure concedendogli una borsa di studio appositamente istituita (come a Sassari) o anche sotto forma di attività di collaborazione *part-time*, come previsto dalla legge che disciplina il Diritto allo studio (390/91, art. 13), per cui gli Studenti possono fare fino ad un massimo di 150 ore annue. L'attribuzione di un certo numero di crediti allo studente anziano in cambio di una prestazione di "*mentoring*" è giustificata dal vantaggio che lo Studente anziano acquisisce sul piano della sua preparazione personale alla professione attraverso lo sviluppo di due competenze essenziali: la capacità di ascolto e quella di interazione con i Colleghi. Ovviamente lo Studente anziano non deve sostituirsi al Docente-tutor, cui spetta per legge questo compito, ma deve affiancarlo, inviandogli il collega più giovane, dopo aver messo meglio a fuoco i motivi pratici di colloquio. Tutto ciò può stimolare le doti comunicative di entrambi e contribuire a stabilire le basi di un rapporto che successivamente la maggiore conoscenza e la simpatia reciproca sapranno rendere saldo. Il Corso di laurea dovrà preoccuparsi di preparare questi Studenti anziani alla loro funzione di supporto tutoriale anche con l'aiuto dei Colleghi psicologi, per evitare possibili errori nella gestione della relazione.

b) Per migliorare la visibilità e l'efficienza di questo servizio è necessario anche predisporre un *supporto logistico*, attraverso la definizione di gruppi di lavoro formati da Docenti e da Funzionari dell'Università con i quali sia possibile mettersi in contatto rapidamente per dare soddisfazione alle esigenze dello Studente di



cui si è Tutore. E' esperienza ormai consolidata che lo studente ha bisogno di ottenere risposta ad una serie di quesiti tempestivamente, per evitare quelle inutili perdite di tempo, da cui spesso derivano situazioni incresciose. Nello stesso tempo spesso ci si rende conto che lo studente ha assunto alcuni comportamenti sulla base di una informazione erronea oppure non ben compresa nelle sue implicazioni. Tali gruppi potrebbero essere costituiti da:

- un Ufficio di Presidenza capace di puntualizzare con chiarezza le novità del piano di studi, i vantaggi relativi ad un eventuale cambiamento, gli aspetti salienti del Regolamento Didattico;

- una commissione di Docenti, per esempio coordinatori di anno o di semestre, capaci di dare un concreto supporto informativo circa le caratteristiche strutturali e funzionali dell'intero Corso di laurea e dello specifico segmento in cui lo Studente è inserito;

- Docenti e/o Funzionari esperti di Diritto allo Studio, realmente disponibili ad affiancare lo Studente con difficoltà organizzative - sotto qualsiasi aspetto - ed economiche per aiutarlo a trovare soluzioni vantaggiose per lui

- Docenti e/o Funzionari esperti di relazioni internazionali, per quegli Studenti desiderosi di affrontare esperienze all'estero con i programmi Socrates-Erasmus, sia per coloro che vanno che per coloro che vengono dall'estero, come suggerito dal Progetto TEU (Tutor europeo);

- Docenti esperti di soluzioni di problemi psicopedagogici, Psicologi clinici, Psichiatri, per aiutare gli studenti ad affrontare problemi legati a ripetuti insuccessi, soprattutto in relazione a stati di ansia, a disturbi dell'umore ....

c) Definire una *mappa delle opportunità e dei servizi offerti* dalla sede a cui lo Studente può accedere: tale mappa dovrà essere dettagliata e di facile consultazione e potrà contenere anche una serie di istruzioni per l'uso del tutorato, sul modello proposto da Massimo Casacchia, all'Università de L'Aquila. Potrà contenere le domande più frequenti che uno studente si pone relativamente a questo servizio, indirizzi e telefoni di persone realmente accessibili: dagli studenti senior, ai tutori, dalle diverse commissioni ai riferimenti istituzionali: Presidenza, segreterie, ecc. Potrà contenere anche le indicazioni necessarie per accedere al sito web dell'università, dove può esserci una sezione appositamente dedicata al tutorato e un indirizzo di posta elettronica, in cui sia possibile accedere ad un servizio di *Tutor on-line*, in cui le risposte sono davvero in tempo reale. In altre parole uno strumento che attraverso informazioni chiare e ben

date permetta davvero di svolgere una efficace azione orientativa: *Informazione in formazione...*

d) Predisporre una serie di *attività formative* utili a Tutori, Studenti anziani in funzione di junior tutor e Studenti tutorandi su: strategie di apprendimento, strategie di relazione, analisi di situazioni, ecc. La modalità didattica dovrà essere prevalentemente interattiva, per creare anche attraverso le metodologie utilizzate l'immediata percezione che la relazione tutoriale è una relazione interpersonale e non una relazione *ex cathedra*; mettere ciascuno in condizione di apprendere cose nuove su argomenti di cui spesso anche persone molto colte sono a volte sorprendentemente poco informate; soprattutto per permettere ad ognuno di sperimentare attraverso l'analisi di casi, il più possibile reali, un modo concreto di svolgere il proprio compito di tutore, mettendo a fuoco di volta in volta aspetti concreti peculiari, che scaturiscono dalla propria esperienza, dalle proprie difficoltà, dalle proprie aspettative.

La strategia proposta ha un vero e proprio carattere di sfida culturale per tre ragioni:

- fa della formazione dei tutori il vero punto qualificante della sperimentazione, sia per quanto riguarda le metodologie didattiche, che per quanto riguarda i contenuti e i Docenti, superando quindi le rigidità di un sistema burocraticamente vincolato per aprirsi ad orizzonti più ampi e coerenti con i bisogni sia dei tutori che dei tutorandi;

- crea una rete di collaborazione nel modello tutoriale in cui i ruoli reciproci si sfumano, mettendo in primo piano la relazione di aiuto e facendo dello studente senior l'anello di collegamento del sistema. Proprio quando questi sembra allontanarsi dalla proposta formativa che giudica superata per sé, viene sollecitato a rifletterci ulteriormente per offrirla come servizio ai colleghi più giovani, dopo averla filtrata attraverso la sua esperienza, in modo da rendere le sue critiche positive e propositive;

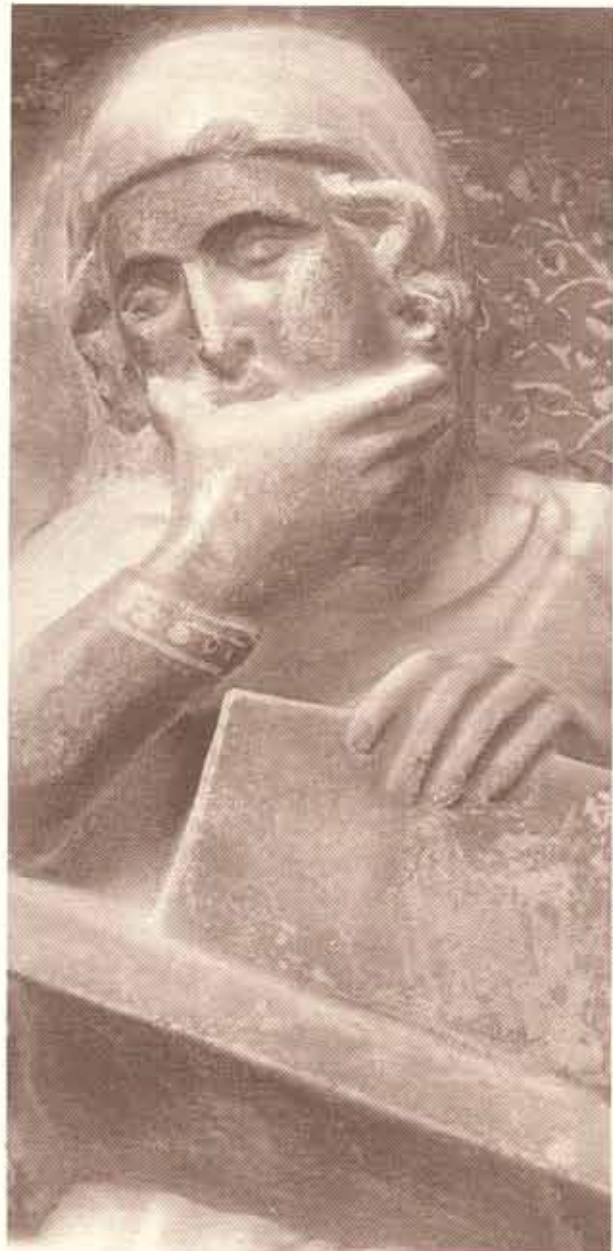
- assume il modello tutoriale della relazione interpersonale come paradigma di riferimento della relazione medico-paziente per aiutare lo Studente ad acquisire una conoscenza personale più profonda del proprio stile di personalità, delle proprie difficoltà di comunicazione, delle proprie strategie di fuga, dei propri meccanismi di *coping*, in modo da permettergli di affrontare situazioni spesso più difficili sul piano emotivo che su quello cognitivo con una adeguata scioltezza, arrivando a contenere in modo equilibrato i propri livelli di ansia.

Il gruppo di lavoro ritiene che anche il problema dell'assegnazione dei Tutori agli Studenti possa essere rivisto, anche se all'inizio il Tutore può essere assegnato

d'ufficio. All'inizio della fase clinica lo Studente può e deve scegliersi un secondo Tutore, mostrando, anche attraverso un esplicito atto di decisione libera, che desidera farsi aiutare a realizzare un progetto personale e professionale con un orizzonte ambizioso. Successivamente la sua scelta potrà ulteriormente cambiare in funzione degli interessi personali e culturali che vanno via via strutturandosi. La flessibilità prevista da un quadro del genere rende complessa la nomina dei Tutori, ma in una organizzazione collegiale è possibile risolvere i problemi inerenti. Ancora una volta il problema è quello della formazione dei Tutori alla dimensione collegiale del loro lavoro: la loro capacità di lavorare in rete, di trasmettersi informazioni senza venir meno alla naturale discrezione con cui va costruita e difesa ogni relazione di aiuto, fondata sulla reciproca fiducia.

## Bibliografia

- 1) Albanese M, Horowitz S, Van Eick S, Successful peer review of courses: a case study, *Academic Medicine*, 1998, 73, 3: 266-71.
- 2) Anderson G, Boud D, Sampson J, *Learning Contracts: A practical Guide*, Kogan Page, London, 1996
- 3) P. Binetti, I. Pontali, D. Santini *Il Tutorato. Modelli ed esperienze nella didattica universitaria* SEU, Roma, 1999
- 4) Brigden DN, Constructing a learning portfolio. *BMJ*, 1999, 7201, 319
- 5) Brown G, Learning from our errors, *NEJM*, 1996, 335: 1049-1053
- 6) Bywaters E, The juniors are revolting, *Medical Education*, 2001, 35, 7: 707-709
- 7) Challis M, AMEE Medical education Guide n. 19: Personal learning Plans, *Medical Teacher*, 2000, 22, 3: 225-237
- 8) Donati PP e Colozzi I, *Giovani e generazioni*, Il Mulino, Bologna, 1997, pp. 275-304
- 9) Mathers N, Challis M, Howe A, Field N, Portfolios in continuing medical education: effective and efficient? *Medical Education*, 1999, 33,7:521-30.
- 10) Mc Dermont MM, Curry RH, Stille FC & Martin GJ, Use of learning contracts in an office-based primary-care clerkship, *Medical Education*, 1999, 33,5:374-381
- 11) Paris SG & Ayres LR, *Becoming reflecting students and Teachers in Portfolios and Authentic Assessment*, American Psychological Association, Washington DC, 1994
- 12) Parsell G & Bligh J, Contract learning. *Clinical learning and Clinicians*, *Postgraduate Medical Journal*, 1996, 72, 847: 284-9
- 13) Piccardo C, *Empowerment*, Raffaello Cortina, Milano, 1995
- 14) Pinto A.J. & Zeitz H.J., Concept mapping: a strategy for promoting meaningful learning in medical education. *Medical Teacher*, 1997, 19,2: 114-121
- 15) Piper J & Wilson E, Negotiating complete programs of study, in J. Stephenson & M. Laycock, *Using Learning Contracts in Higher Education*, Kogan Page, London, 1993
- 16) Pombeni ML, Guglielmi D, Competenze orientative: costrutti e misure, *GIPO, Giornale italiano Psicologia dell'Orientamento*, 2000, 1,3: 26-37
- 17) Pombeni ML, *Il colloquio di orientamento*, Carrocci, Roma, 1996
- 18) Siriwardena AN, The acceptability of personal learning plans in vocational training, *Postgraduate Med. J.*, 1997, 859:289-92.
- 19) Snadden D, Portfolios -attempting to measure the unmeasurable?, *Medical Education*, 1999, 33, 7: 478-480
- 20) Snadden D. & Thomas M., AMEE Guide No.11: The use of portfolio learning in medical education. *Medical Teacher*, 1998, 20, 3: 192-199



## Una proposta di convenzione

Giovanni Delrio (Napoli)

*L'applicazione dei decreti di area per la Laurea specialistica di Medicina e Chirurgia ha portato di nuovo in primo piano la necessità di inserire nel curriculum studiorum di ogni Studente la possibilità di completare la propria preparazione con una esperienza diretta sul territorio, frequentando strutture sanitarie al di fuori della Facoltà di appartenenza. Uno degli obiettivi previsti dall'Ordinamento didattico, infatti, fa specifico riferimento alla necessità per lo Studente di Medicina di avere "una adeguata conoscenza della medicina della famiglia e del territorio, acquisita anche mediante esperienze pratiche di formazione sul campo".*

*Questa necessità era stata avvertita dal legislatore già nella Tabella XVIII, ma sono stati necessari circa cinque anni prima che maturassero i tempi, perché si passasse all'applicazione di quanto previsto dalla legge.*

*Il ritardo, probabilmente è da imputare al timore che la formazione del Medico potesse uscire dai confini universitari ed interessare ambienti extra-universitari. Ciò non corrisponde a verità, in quanto le Facoltà di Medicina restano la palestra della formazione medica, mentre il contatto con il territorio è importante per capire le realtà che quotidianamente si presentano ad un Medico di Medicina Generale, realtà diverse da quelle che si incontrano nei reparti delle Cliniche universitarie.*

*E' importante che tale attività trovi un riscontro positivo nei Medici di Medicina Generale, perché essi avranno il compito delicatissimo di avvicinare lo Studente alla Medicina svolta sul territorio e dovranno essere in grado di trasmettere l'interesse per questa branca, che svolge un ruolo di fondamentale importanza nel sociale.*

*Lo Studente deve imparare che la Medicina Generale è qualificante professionalmente, quanto qualsiasi altra specialità del mondo medico o chirurgico e non deve essere considerata come una attività di ripiego, nel caso di mancato accesso ad una qualsiasi Scuola di Specializzazione.*

*E' fondamentale che le Facoltà di Medicina e Chirurgia si facciano garanti, unitamente agli Ordini dei Medici ed alle Società scientifiche, del raggiungimento degli scopi previsti dall'Ordinamento didattico, perché solo operando sinergicamente si potranno avere risultati positivi da tale iniziativa.*

PROPOSTA DI CONVENZIONE TRA LE FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA E LA FEDERAZIONE NAZIONALE DELL'ORDINE DEI MEDICI PER LA REALIZZAZIONE DI UNA ATTIVITÀ PRATICA DI TIROCINIO, PRESSO GLI STUDI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE, DEGLI STUDENTI DEL CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA IN MEDICINA E CHIRURGIA.

La Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e la FNOMCeO - Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, Chirurghi ed Odontoiatri,

*premessi che*

la Facoltà di Medicina e Chirurgia è interessata al raggiungimento degli obiettivi qualificanti del Corso di Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia, tra cui

- acquisire da parte dello Studente, un approccio olistico ai problemi di salute,
- acquisire una visione unitaria dello stato di salute e di malattia del singolo individuo anche nella dimensione socio-culturale
- acquisire la capacità di affrontare problemi sanitari anche dal punto di vista preventivo
- acquisire la capacità di riconoscere i problemi sanitari della Comunità
- acquisire un'adeguata conoscenza della Medicina di famiglia e del territorio anche mediante esperienze pratiche di formazione sul campo

la FNOMCeO - Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri-condivide tale orientamento ed intende contribuire alla sua realizzazione;

*si propongono*

di organizzare congiuntamente parte dell'attività formativa professionalizzante degli studenti del quinto e/o sesto anno del Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia, da svolgere presso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale, in ottemperanza a quanto previsto dagli ordinamenti didattici attualmente in vigore.

La realizzazione di quanto sopra esposto avverrà, sentite le Società scientifiche interessate, mediante firma di una convenzione tra il singolo Ateneo e l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia in cui ha sede l'Ateneo.

La convenzione dovrà prevedere quanto segue:

a) il riconoscimento del titolo di Tutore al Medico di Medicina Generale presso il cui studio gli Studenti svolgeranno il tirocinio per l'Anno Accademico per il quale viene stipulata la convenzione;

b) la nomina di un *board* paritetico incaricato di scegliere i tutori, definire gli obiettivi formativi del tirocinio ed i tempi e le modalità di realizzazione; monitorarne l'attività mediante schede di valutazione, così come viene già effettuato per la didattica del Corso di Laurea; formulare proposte per il perfezionamento dell'iniziativa.

c) l'articolazione dello svolgimento del tirocinio.  
- in un periodo di frequenza degli studi dei Medici di Medicina Generale da parte di uno Studente per ogni Medico scelto per un periodo massimo di due mesi;

- nella frequenza di seminari svolti da Medici di Medicina Generale, organizzati presso le strutture didattiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia

d) le modalità di valutazione del raggiungimento degli obiettivi formativi da parte dello studente

e) i criteri di selezione dei candidati a Tutori che dovranno possedere:

- esperienze formative nell'ambito del tutoraggio e della formazione permanente

- almeno dieci anni di anzianità di convenzionamento

- numero di scelte in carico superiore ad 800

- disponibilità di un sistema informatico efficace ed aggiornato

- idoneità dei locali in cui avviene la frequenza

f) gli impegni e le responsabilità del Medico di Medicina Generale - Tutore sia nello svolgimento dell'attività formativa che nella certificazione della valutazione finale; in particolare dovranno essere specificati:

- il divieto a far svolgere allo Studente attività autonoma, anche solo burocratiche, non funzionali al raggiungimento degli obiettivi formativi prestabiliti;

- il dovere di garantire allo Studente il numero minimo di ore di frequenza stabilito, numero che dovrà essere certificato, e di redigere, alla fine del periodo, una relazione di valutazione del profitto;

g) l'impegno della FNOMCeO ad effettuare la selezione dei Medici di Medicina Generale che rispondono ai criteri minimi da inserire in apposito elenco, ad eseguire periodicamente, a campione, opportune verifiche con sopralluoghi, nello studio del Tutore;

h) l'impegno dell'Università a promuovere ogni anno un atelier per l'aggiornamento pedagogico di Tutori, a garantire il supporto organizzativo e di segreteria, l'assicurazione contro gli infortuni per gli Studenti, la riproduzione del materiale didattico eventualmente necessario, le aule per i seminari;

i) la predisposizione di un apposito contratto tra l'Università, FNOMCeO e Medico di Medicina Generale -Tutore per la formalizzazione dell'attività concordata che dovrà prevedere:

- la durata del rapporto

- la disponibilità del Tutore

- la gratuità dell'attività svolta dai Tutori nei confronti dell'Università e degli Studenti, senza

preclusione alla possibilità che tale

impegno trovi adeguato compenso

in sede di Accordo collettivo nazionale

o regionale;

l) la certificazione, da parte dell'Università,

dello stato di Tutore e dell'attività svolta.



## To be or not to be? Il corso di Inglese medico alla ricerca di una propria identità tra missioni, obiettivi e realtà diverse

Pietro Gallo, *Coordinatore*, Pauline Webber, Philippa Mungra, Huon Snelgrove, Holly Ferriter (Roma La Sapienza, 1<sup>a</sup> Facoltà), Antonio Gaddi e Giuliana Gardellini (Bologna), Alberto Calatroni e Maria Concettina Tripoli (Messina), Giuseppe Familiari (Roma La Sapienza, 2<sup>a</sup> Facoltà)

### Premessa

La Conferenza Permanente dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea Specialistica in Medicina (C.P.P.C.C.L.S.) ha incluso nel suo *Manifesto di Intenti* l'elaborazione di un *programma quinquennale di Inglese*. In un momento storico in cui l'accelerazione continua del sapere rende sempre più rapida l'obsolescenza dei contenuti offerti dai Corsi di Laurea della Facoltà di Medicina, è necessario puntare sulla somministrazione di strumenti che permettano al futuro laureato l'accesso alle fonti della *formazione continua del medico*, accesso al quale è premessa indispensabile la conoscenza della lingua inglese.

La Conferenza ha pertanto istituito un *Gruppo di lavoro*, cui hanno contribuito Presidenti di C.C.L.S. e Docenti di inglese delle due Facoltà di Medicina dell'Università "La Sapienza" di Roma, e delle Università di Bologna e di Messina. L'analisi svolta finora dal Gruppo di lavoro ha messo in evidenza uno spettro così variegato di esperienze da indurre la Conferenza ad estendere la ricerca a tutto il territorio nazionale, per valorizzare l'esperienza maturata dai docenti e lettori di Inglese dei vari C.C.L.S. in Medicina. Questa breve nota vuole descrivere i risultati preliminari dell'indagine svolta sulle prime quattro sedi, che riflettono comunque la realtà del Nord, del Centro e del Sud del Paese.

### Analisi dell'esistente

È quanto mai variegata. C'è una grande variabilità in termini di: a) stato giuridico dei docenti; b) saperi minimi degli studenti; c) mezzi didattici; d) durata ed articolazione dei corsi.

*Stato giuridico dei docenti*: alcuni Corsi di laurea hanno docenti di ruolo di lingua inglese, mentre in altri l'insegnamento è affidato a docenti a contratto, a supplenti ed a lettori. La C.P.P.C.C.L.S., nella recente riunione di Portonovo del Dicembre 2001, ha dato mandato al Presidente, prof. Danieli, di rappresentare alla Conferenza dei Presidi l'opportunità che ogni Facoltà medica riservi un *budget* per almeno un docente di ruolo di lingua inglese.

*Saperi minimi*: accanto ad una maggioranza di Studenti con una discreta padronanza della lingua

(almeno un livello *lower-intermediate*), c'è una quota consistente (valutata intorno al 10%) di *absolute beginners* (che hanno studiato un'altra lingua straniera nelle scuole secondarie) e di *false-beginners*. Questa discrepanza obbliga alcuni docenti a corsi differenziati, per i quali però scarseggiano aule e insegnanti. La C.P.P.C.C.L.S., nella citata riunione di Portonovo, ha riconosciuto l'essenzialità della lingua inglese per l'accesso a tutte le forme di educazione medica continua ed ha espresso l'auspicio che il Ministero inserisca una conoscenza accettabile della lingua inglese nei *saperi minimi* richiesti per l'ammissione al Corso di Laurea di Medicina, e includa alcuni test linguistici nella prova di ammissione.

*Mezzi didattici*: l'unico strumento didattico a disposizione in tutte le sedi (e per di più non adeguato per l'insegnamento linguistico) è rappresentato dall'aula. Altri presidi didattici ritenuti utili (in ordine decrescente di priorità) sono:

- accesso a PC *on line*
- locali adibiti a studio per i docenti di Inglese presso i quali effettuare il ricevimento degli Studenti e/o la didattica tutoriale a piccoli gruppi
- una biblioteca medica con accesso al MEDLINE per gli Studenti
- audio registratore con impianto di amplificazione
- video registratore con televisore a grande schermo
- abbonamento a riviste mediche *on line*
- disponibilità di corsi di auto-apprendimento per PC.

*Articolazione dei corsi*: in funzione della missione del corso (vedi più avanti) e di altre considerazioni, nelle varie sedi i corsi di Inglese hanno durata ed articolazione diversa. Già nelle quattro sedi che hanno partecipato a questo studio preliminare, il corso ha durata ed articolazione diversa:

- Roma *La Sapienza* I Facoltà: 5 semestri, articolati in moduli (2+3) nell'arco di 5 anni;
- Roma *La Sapienza* II Facoltà: 4 semestri, articolati in moduli (2+2) nell'arco di 4 anni;
- Bologna: 5 semestri, articolati in moduli (2+1+2) nell'arco di 5 anni;
- Messina: 5 semestri, articolati nell'arco di 3 anni.

I corsi articolati in moduli privilegiano l'insegnamento delle basi linguistiche in sé nel primo modulo e si concentrano sull'*inglese medico* nel secondo.

### **Missione del Corso**

Dall'analisi dei corsi esistenti emergono due missioni nettamente diverse, anche se non necessariamente mutuamente esclusive.

- *Acquisizione di un buon livello di conoscenza della lingua inglese*: si punta a portare gli studenti alla padronanza di un livello linguistico oscillante tra l'*intermediate* e l'*upper-intermediate*, possibilmente con certificazione internazionale del livello raggiunto. Tale missione può essere assolta all'interno dell'Università (nel Centro Linguistico d'Ateneo e, quindi, al di fuori della Facoltà di Medicina) oppure in strutture private esterne.

- *Conoscenza dell'Inglese Medico*: si punta principalmente sulle competenze linguistiche passive (*reading comprehension, listening comprehension*) che sono indispensabili per assicurare un processo di "educazione continua in Medicina" tramite l'accesso alle sorgenti di informazione, e si introducono alla fine del percorso pedagogico alcune competenze linguistiche attive (*writing, speaking*).

Tanto le competenze passive che quelle attive sono inserite in contesti attinenti alla professione medica: la *reading comprehension* fa riferimento alle riviste mediche, non solo come fonte di materiale realistico ma anche per dare allo Studente le basi lessicali e strutturali della letteratura medica, con le sue diverse tipologie di testo; *listening comprehension, writing e speaking* partono anch'essi da contesti realistici (rispettivamente, ad esempio, da conferenze mediche in Inglese, dalla redazione di poster di argomento scientifico, dalla enunciazione e difesa di tesine). Il Corso fornisce agli Studenti anche strumenti non strettamente linguistici ma indispensabili ai fini della formazione continua, come le modalità di accesso a

*medline* e ad altri repertori bibliografici, ed organizza unità didattiche multidisciplinari insieme con i corsi integrati del Semestre a contenuto sanitario.

Come premesso, le due missioni non si escludono a vicenda, e possono rappresentare due moduli in successione. Viene comunque raccomandato l'uso di materiale linguistico "medico" anche per la prima missione, in quanto percepito come più motivante dallo studente in Medicina.

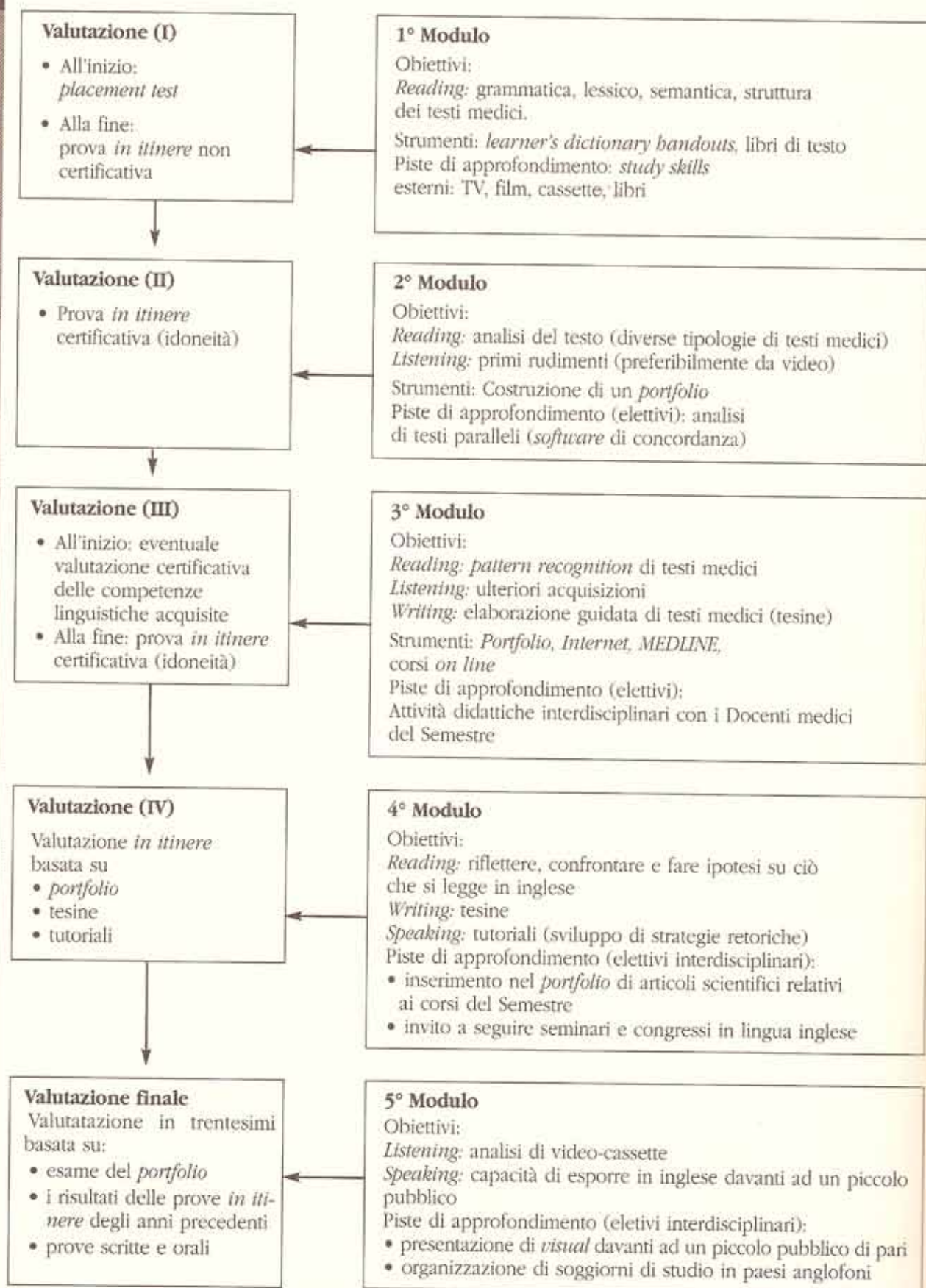
Dal dibattito aperto in C.P.P.C.C.L.S. è emersa la netta preferenza per un corso di *Inglese medico*. Spesso si ritiene, erroneamente, che l'acquisizione dell'Inglese medico comporti soltanto l'arricchimento del vocabolario con termini che sono, oltre tutto, di facile acquisizione per noi Italiani, visto il loro etimo dal latino o dal greco. Al contrario, un corso di Inglese medico non si limita a fornire strumenti linguistici di base (come il lessico) ma offre anche tutte le indicazioni necessarie per la formazione medica permanente.

Inoltre, un corso di Inglese medico non allontana gli Studenti dalle strutture della Facoltà, non interferisce con l'organizzazione generale dei corsi in termini di coordinamento delle attività didattiche, e diventa uno strumento di integrazione multidisciplinare. Infine, un corso del genere fornisce strumenti di analisi della letteratura medica e dei principali repertori bibliografici ed insegna anche le regole retoriche basilari per la relazione interpersonale in contesti realistici, come la discussione di un testo medico di fronte ad un piccolo uditorio.

### **Obiettivi generali del Corso**

Il Corso di Inglese medico punta soprattutto sulle competenze passive e si pone l'obiettivo di far acquisire agli studenti un ottimo livello di *reading com-*





*prebension* ed una sufficiente abilità in tema di *listening comprehension*. Inevitabilmente più circoscritti sono gli obiettivi raggiungibili nelle competenze linguistiche attive (*speaking and writing skills*), ma al corso base (*core curriculum*) possono affiancarsi piste di approfondimento integrative nel contesto delle attività didattiche elettive.

### Modalità di valutazione

L'analisi delle esperienze maturate nelle sedi che hanno contribuito a questa analisi preliminare ha messo in evidenza l'importanza di uno strumento di valutazione poco noto nel nostro paese ma di grande efficacia: il portafoglio (*portfolio*) delle attività compiute dalla studente. Il *portfolio* è fisicamente una cartellina, uno schedario, nel quale lo studente ripone tutto il materiale che ha ricevuto dal docente (*handouts*, articoli ed altro materiale ricavato da contesti reali) e quello che ha elaborato personalmente (appunti presi in lezioni e seminari, tesine elaborate sotto la guida del docente, lavori di gruppo, schede di lettura di libri in lingua, materiale raccolto durante stage all'ello studente nel presentarsi); b) i risultati delle prove in itinere effettuate nell'arco dell'intero percorso formativo; c) un esame finale comprensivo di test scritti e prove orali.

### Un possibile progetto per un corso di Inglese medico in cinque moduli

La grande variabilità di esperienze esistenti e il doveroso rispetto per l'autonomia didattica delle

diverse sedi non consentono di formulare una proposta univoca di obiettivi didattici e di articolazione del corso. Ci si limiterà a riportare in forma grafica sintetica una indicazione di massima, che tiene conto dell'esistente ma che vuole rappresentare niente di più di un *framework* meramente indicativo.

### Conclusioni

Uno studio preliminare come questo non può che avere conclusioni provvisorie, anche se sufficienti ad indurre la C.P.P.C.C.L.S. ad assumere una serie di iniziative (appello ai Presidi, richiesta al Ministero, decisione di estendere il dibattito all'intero territorio nazionale). Appare fin d'ora chiaro tuttavia che il raggiungimento di obiettivi soddisfacenti per un Corso quinquennale di Inglese medico dipende da un impegno non occasionale ed organico in termini di strutture, risorse umane, e formazione dei docenti.

Un'altra conclusione innegabile è quella dell'utilità di un confronto tra Docenti del medesimo settore scientifico-disciplinare operanti nelle diverse sedi. Un dibattito sulla missione, sugli obiettivi generali, sull'articolazione del percorso didattico, sulle modalità di valutazione, in una parola sull'identità della materia, sarebbe davvero estremamente proficuo per tutti i raggruppamenti disciplinari dei nostri Corsi i Laurea e crediamo che quanto è stato, e verrà, fatto per l'inglese medico possa rappresentare uno spunto utile per molte altre discipline.



## Linee guida per l'attività formativa professionalizzante

Alfred Tenore (*Udine*) Coordinatore e Marzia Kienle (*Milano Bicocca*), Alessandro Lechi (*Verona*), Massimo Malcovati (*Milano*), Giuseppe Nardi, (*Brescia*), Francesco Pasquali (*Varese*), Claudio Rugarli (*Milano - San Raffaele*), Gian Luigi Sottocasa (*Trieste*), Oreste Terranova (*Padova*) e Luciano Vettore (*Verona*)

### I. PREMESSE INTRODUTTIVE

Il Gruppo di studio della Conferenza per la definizione delle attività formative professionalizzanti, coordinato da Alfred Tenore, ha concentrato il proprio lavoro essenzialmente su tre ambiti:

- Dove* (in quale discipline) svolgere questa attività formativa professionalizzante?
- Quando* (in che anno) svolgerle?
- Come* (con quale modalità) svolgerla?

Prima di dare risposta ai tre quesiti, appare opportuno premettere alcune considerazioni

**A** Dobbiamo riconoscere che grazie all'impostazione del nuovo Ordinamento didattico, l'Italia, per la prima volta nella sua storia, dispone di uno strumento che (se valorizzato al meglio) ha il potenziale di fare compiere all'organizzazione degli studi medici in Italia, un enorme salto di qualità, per mantenersi al passo con il resto del mondo.

Come è noto, il sistema didattico in Italia non ha subito sostanziali modifiche nei 70 anni precedenti il 1986, ma negli ultimi 14 anni, nella consapevolezza che nel mondo si stavano attuando cambiamenti, sono state tentate ben tre modifiche dell'organizzazione didattica che finora hanno avuto scarsi risultati.

Perché?

- per la difficoltà di accettare un cambiamento "rivoluzionario" rispetto al passato (anche se è quello che serve)
- per le interpretazioni individuali che hanno portato a:
  - piccole modifiche nell'organizzazione didattica
  - pochissimi cambiamenti (o nessuno) nei metodi didattici

**B** Quando un docente trova delle difficoltà nel cambiare, è facile che si nasconda dietro ad una frase simile a: "Anche io sono diventato medico con il vecchio sistema!"

Ragioni che vengono citate "verbalmente" o "mentalmente" sul perché è difficile cambiare:

- Perché è una cosa troppo nuova (anche se c'è buona volontà)
- Perché mancano spazi
- Perché mancano docenti
- Perché si perde la propria identità (o importanza?)

- Perché va contro i propri interessi
- Perché la didattica non è al primo posto

**C** Riflessione sull'importanza della didattica in Italia:

1) Quali sono le funzioni fondamentali di un docente di una Facoltà di Medicina Italiana?

- Ricerca b Assistenza c Didattica

2) Quale è il peso che le tre funzioni hanno per la carriera universitaria?

- Ricerca +++ b) Assistenza + c) Didattica 0

3) Eppure:

a) La Facoltà di Medicina ha la grande responsabilità di formare i Medici della nostra società!

b) Questa funzione non può essere delegata a nessun'altra entità!

4. Come docenti dobbiamo prendere una posizione forte e compatta sul fatto che si deve iniziare a pensare in termini di:

- una maggior insistenza sugli aspetti autogestiti dell'apprendimento
- un apprendimento tratto dall'esperienza diretta
- un'autovalutazione dell'apprendimento

5. L'impostazione degli studi medici in Italia è inadeguata a compiere una scelta (nello sconfinato universo delle nozioni biologiche e cliniche) tra ciò che "deve" essere imparato e ciò che è opzionale o addirittura superfluo.

Quello che conta è la misura dell'apprendimento, non la quantità delle nozioni impartite.

6. Compiti del Docente

1) Non solo quello di aiutare gli studenti a comprendere la materia, ma soprattutto a sviluppare:

- Creatività
- Abilità nel risolvere problemi
- Elasticità mentale
- Capacità di critica
- Apertura di idee
- Capacità di analizzare e sintetizzare materiali complessi.

2) Questo bagaglio di "Capacità" ed "Abilità" sarà quello che lo studente, una volta acquisito potrà mettere in atto:

- in qualsiasi momento, *anytime*
- in qualsiasi luogo, *anywhere*
- in qualsiasi condizione, *anyway*.

**D** Analisi riassuntiva della situazione nelle Facoltà di Medicina italiane:

1) esiste un contrasto tra quello che si dovrebbe fare per interesse dello studente e quello che si fa, o per interesse dei docenti, o per la difficoltà di "cambiare";

2) difficile accettare di favorire un insegnamento *Student oriented*, cioè: cosa insegnare e in che modo insegnare, ciò che è necessario allo studente per la sua formazione professionale;

3) il risultato, che non possiamo negare a noi stessi, è che:

- a. le Facoltà di Medicina italiane privilegiano (in genere) l'informazione rispetto alla formazione;
- b. troppo spesso la nostra laurea in Medicina tende ad essere una laurea in cultura medica;
- c. stando al giudizio di osservatori di altri paesi, i nostri laureati, infatti sono spesso colti, ma sostanzialmente incompetenti.

ALLORA, È ORA DI CAMBIARE (Radicalmente?)

## II. MATERIALI ( I 60 CREDITI )

### E METODI (COSA NE FACCIAMO?)

#### PREMESSE

I Decreti di Area (Laurea specialistica in Medicina) prevedono che:

1. il Laureato, nel Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia deve essere dotato di un livello di autonomia:

- a. Professionale (Saper essere ?)
- b. Decisionale (Sapere ?)
- c. Operativa (Saper fare ?).

2. Vengano assegnati al

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia un totale di 360 crediti di cui *non meno* di 60 crediti per "Attività Professionalizzante".

3. Vengano assegnati 60 crediti o più, circa 1 anno o più di lavoro durante il quale si devono impartire allo Studente in Medicina specifiche professionalità nel campo di:

- a. Medicina Interna
- b. Chirurgia Generale
- c. Pediatria
- d. Ostetricia e Ginecologia
- e. Specialità medico-chirurgiche acquisite svolgendo attività formative professionalizzanti"

#### PROBLEMI

Quesiti specifici che riguardano le "attività formative professionalizzanti"

##### A) Definizione (che cosa sono?)

1) Attività didattica tutoriale che comporta per lo studente "l'esecuzione, sul campo, di attività pratiche con ampi gradi di autonomia, a simulazione dell'attività svolta a livello professionale"

2) Attività rappresentata da una *full-immersion*

dello studente in modo da facilitare l'acquisizione di competenze professionali, anche attraverso una varietà di strumenti didattici che integrano la frequenza e l'esperienza sul campo.

##### B) Dove svolgerle (In quali Discipline svolgerle?)

1) Stando alle indicazioni degli "Obiettivi Formativi Qualificanti" le discipline sarebbero:

- (a) Medicina Interna, Chirurgia Generale, Pediatria e Ostetricia e Ginecologia
- (b) Specialità medico-chirurgiche

2) Il problema sorge nell'interpretazione di "Specialità Medico-chirurgiche":

- (a) Quali sono?
- (b) Quali utilizzare?

Considerare tutte le specialità mediche e chirurgiche?



Considerare solo alcune delle specialità? Se sì, quali? Lasciare la scelta allo studente in base ai suoi futuri piani?

### C) Quando (in che anno) svolgerle?

Esistono varie possibilità:

1. Devono svolgersi nel corso dell'ultimo (6°) anno. Perché?

a. E' un'attività che comporta per lo studente "l'esecuzione, sul campo, di attività pratiche con ampi gradi di autonomia, a simulazione dell'attività svolta a livello professionale".

Questo implica che lo studente:

- 1) possieda già le conoscenze per poter svolgere un'attività che simula quella professionale,
- 2) abbia finito tutti gli esami, questo dovrebbe essere la prova che possiede le conoscenze per poter svolgere un'attività che simula quella professionale.

b) Lo ritengono appropriato le Facoltà della maggior parte dei 24 paesi Europei (63%)

2. Deve svolgersi nel corso degli ultimi 2-3 anni.

3. Deve svolgersi dove ci sono corsi ai quali potrebbe essere correlata un'attività pratica.

### D) Come (con quale modalità organizzativa) svolgerle?

Esistono varie possibilità (in base al significato che si vuol dare a "Attività Formativa Professionalizzante":

1. COME DISTRIBUIRE I 60 CREDITI?

A) Contenitore:

- ragionevolmente da 32 a 36 settimane a disposizione;  
- le 1500 ore del tirocinio (25 ore x 60 crediti), che potrebbero essere separate in 1250 ore (21 ore/credito) di attività pratica e 250 ore (4 ore/credito) di studio, richiederebbero:

- Se 8 ore/die e 5 gg/sett = circa 31 settimane
- Se 7 ore/die e 5 gg/sett = circa 36 settimane
- Se 5 ore/die e 5 gg/sett = circa 50 settimane

B) Contenuto:

- Distribuire i crediti in base al tempo necessario per impadronirsi delle abilità gestuali e relazionali specifiche per quella materia.  
- Distribuire i crediti tra le 4 discipline indicate, più 1 o 2 specialità medico o chirurgiche, a scelta dello studente in base ai suoi piani futuri.  
- Distribuire i crediti fra tutte le materie cliniche, in modo da accontentare tutti i docenti

2. COME ORGANIZZARE L'ATTIVITÀ

- Premessa

Se l'attività deve comportare per lo studente "l'esecuzione di attività pratiche..... a simulazione dell'attività svolta a livello professionale", allora:

A) necessità di *full-immersion*, che a sua volta implica: Sistema organizzato con "rotazioni a blocchi" (con

varie possibilità, di integrazione con la didattica formale):

1) Rotazione a blocchi tra le diverse materie con "attività formale" inframmezzata in determinati momenti della giornata.

Esempio: Attività pratica dalle 8:00 alle 17:00 con 1 o 2 ore di attività formale inserita in orari in cui non c'è intralcio con l'attività pratica.

2) Attività formali separate (dal punto di vista organizzativo e cronologico) dall'attività pratica.

Esempio: Attività Formale (a tempo pieno) all'inizio dell'anno seguita cronologicamente da rotazioni nelle rispettive attività pratiche.

3) Separazione della giornata in attività pratica la mattina e attività formale il pomeriggio.

Esempio: Attività pratica dalle 8:00 alle 13:00, e attività formale dalle 14:00 in poi.

4) Combinazioni delle sopra citate soluzioni.

b) Regole/condizioni indispensabili per lo svolgimento dell'AFP:

1) Le attività devono svolgersi "sul campo" in condizioni di *full-immersion* (ad esempio 7 ore al giorno) o di *immersione parziale*, ma comunque significativa (non meno di 4 ore al giorno)

2) per consentire un'adeguata organizzazione dei turni di rotazione, le attività devono essere strutturate in periodi di 6 o 8 settimane o eventuali frazioni la cui somma dia 6 o 8 settimane.

3) L'attività deve avere continuità temporale per unità non inferiore a:



- a) 6 settimane per:  
Medicina Interna - Chirurgia Generale
- b) 4 settimane per:  
Pediatria - Ostetricia e Ginecologia
- c) 2 settimane per:  
- Emergenze Medico-Chirurgiche,  
- Medicina di Famiglia, Specialità Medico-chirurgiche (1), Specialità Medico-chirurgiche (2)
- 4) Distribuzione dei crediti:
  - a) al 6° anno:
    - non meno di 35 crediti
    - non meno di 30 settimane
  - b) ad anni precedenti al 6°:
    - non più di 25 crediti.
- 5) Chiara definizione degli obiettivi didattici.
- 6) Definizione delle metodologie didattiche.
- 7) Da preferire didattica a piccoli gruppi.
- 8) Partecipazione di personale con funzioni tutoriali.
- 9) Integrazione con attività seminariali, ed altre forme di insegnamento/apprendimento (comprese letture) pertinenti al raggiungimento degli obiettivi didattici professionalizzanti.
- 10) Pertinenza degli obiettivi, con quanto prevedono i decreti di area per la formazione del medico, relativamente alla componente professionalizzante.
- 11) Valutazione pertinente delle attività svolte e del grado di *performance* raggiunto.

### E) Cosa (che tipo di attività) svolgere?

#### 1. Generale:

Indipendentemente da dove viene svolta l'attività formativa professionalizzante, tale attività deve essere caratterizzata dalle seguenti componenti

- a) attività sul campo in un contesto reale (esperienza diretta così come avviene nell'attività medica quotidiana);



- b) presentazione, studio e discussione di casi clinici;
- c) *problem solving* e *decision making* sollecitate da situazioni reali, osservate direttamente sul campo;
- d) attività seminariale pertinente alle attività professionalizzanti, (possibilmente) collocata durante lo stesso periodo;
- e) implementazione delle capacità di osservazione, registrazione, ed interpretazione di eventi e fenomeni connessi alle attività professionalizzanti;
- f) attività pratico-gestuali inserite nella *full-immersion*, sollecitate dalla realtà osservata;
- g) esperienza, riflessione e rielaborazione di aspetti relazionali;
- h) studio individuale con approfondimenti specifici e pertinenti all'apprendimento professionale.

#### 2. Specifico

Benché tutte le Abilità Gestuali e Relazionali possano essere completamente apprese nelle quattro discipline, riferite come attività formative professionalizzanti, l'acquisizione di tali abilità potrebbe essere ottenuta anche negli altri corsi dove c'è una componente di attività pratica.

*Punto da ricordare: usualmente, le nostre azioni che riguardano scelte didattiche soffrono del contrasto tra quello che si dovrebbe fare per interesse dello studente e quello che si fa per interesse dei docenti. (Troppo spesso perde lo studente).*

### III. RISULTATI E CONCLUSIONI

#### A. Esempio 1: Assegnazione di crediti tra il 6° e 5° anno

##### 1. AL 6° ANNO:

##### a. Discipline coinvolte:

- 1) Medicina Interna = 8 sett., 210 ore, 10 crediti
- 2) Chirurgia Generale = 8 sett., 210 ore, 10 crediti
- 3) Pediatria = 6 sett., 168 ore, 8 crediti
- 4) Ostetricia e Ginec = 4 sett., 126 ore, 6 crediti
- 5) Emergenze Med/Chir = 4 sett., 126 ore, 6 crediti
- 6) Medicina di Famiglia\* = 2 sett., 84 ore, 4 crediti

TOTALE 32 sett., 924 ore, 44 crediti

N.B. 924 ore di pratica + 172 ore di studio = 1100 ore

Attività sul campo + studio sul campo = circa 7 ore al giorno per 5 giorni

\* Tra gli obiettivi formativi qualificanti della Classe delle Lauree Specialistiche in Medicina e Chirurgia è indicato: una adeguata conoscenza della medicina della famiglia e del territorio, acquisita anche mediante esperienze pratiche di formazione sul campo.

b. *Schema Organizzativo Temporale (6° anno):*  
Rotazione di 8 settimane:

Medicina Interna		
Chirurgia Generale		
Pediatria		
Ost & Gin	Emerg M/C	Med F
Emerg M/C	Med F	Ost & Gin
Med F	Ost & Gin	Emerg M/C

N.B. 4 rotazioni di 8 settimane. Studenti divisi in 4 gruppi e ogni 8 settimane cambiano a rotazione.

2. Al 5° ANNO:

a. *Discipline coinvolte:*

- 1) Spec. Medico-Chirurgiche = 3 sett., 71 ore, 3,4 crediti
- 2) Spec. Medico-Chirurgiche = 3 sett., 71 ore, 3,4 crediti
- 3) Spec. Medico-Chirurgiche = 3 sett., 71 ore, 3,4 crediti
- 4) Spec. Medico-Chirurgiche = 3 sett., 71 ore, 3,4 crediti
- 5) Spec. Medico-Chirurgiche = 3 sett., 71 ore, 3,4 crediti

TOTALE 15 sett., 355 ore, 17 crediti

N.B. 355 ore di pratica + 70 ore di studio = 425 ore  
Attività sul campo + studio sul campo = circa 5 ore al giorno per 5 giorni

b. *Schema Organizzativo Temporale (5° anno):*

Blocco dei corsi formali per 17 settimane      Blocchi di 3 settimane per le successive 15 settimane

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B. Esempio 2:** Assegnazione di crediti tra il 6°, 5° e 4° anno

1. ASSEGNAZIONE DI CREDITI AL 6°:

a. *Discipline coinvolte:*

- 1) Medicina Interna = 6 sett., 189 ore, 9 crediti
  - 2) Chirurgia Generale = 6 sett., 189 ore, 9 crediti
  - 3) Pediatria = 6 sett., 189 ore, 9 crediti
  - 4) Ostetricia e Ginec = 3 sett., 84 ore, 4 crediti
  - 5) Emergenze Med/Chir = 2 sett., 50 ore, 2,4 cred.
  - 6) Medicina di Famiglia = 1 sett., 34 ore, 1,6 cred.
- TOTALE 24 sett., 735 ore, 35 crediti

N.B. 735 ore di pratica + 140 ore di studio = 875 ore  
Attività sul campo + studio sul campo = circa 7-8 ore al giorno per 5 giorni

b. *Schema Organizzativo Temporale (6° anno):*  
Rotazione di 6 settimane:

Medicina Interna		
Chirurgia Generale		
Pediatria		
Ost & Gin	Emerg M/C	Med F
Emerg M/C	Med F	Ost & Gin
Med F	Ost & Gin	Emerg M/C
Ulteriore blocco per Tesi/elettivi, ecc.		

N.B. 5 rotazioni di 6 settimane. Studenti divisi in 5 gruppi e ogni 6 settimane cambiano rotazione

2. ASSEGNAZIONE DI CREDITI AL 5°:

a. *Discipline coinvolte:*

- 1) Spec. Medico-Chirurgiche = 3 sett., 66 ore, 3,125 crediti
- 2) Spec. Medico-Chirurgiche = 3 sett., 66 ore, 3,125 crediti
- 3) Spec. Medico-Chirurgiche = 3 sett., 66 ore, 3,125 crediti
- 4) Spec. Medico-Chirurgiche = 3 sett., 66 ore, 3,125 crediti
- 5) Spec. Medico-Chirurgiche = 3 sett., 66 ore, 3,125 crediti

TOTALE 15 sett., 330 ore, 15,625 cred

N.B. 330 ore di pratica + 60 ore di studio = 390 ore  
Attività sul campo + studio sul campo = circa 5 ore al giorno per 5 giorni

b. *Schema Organizzativo Temporale (5° anno):*

Blocco dei corsi formali per 17 settimane      Blocchi di 3 settimane per le successive 15 settimane

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ASSEGNAZIONE DI CREDITI AL 4°:

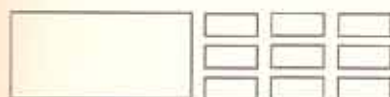
a. *Discipline coinvolte:*

- 1) Spec. Medico-Chirurgiche = 3 sett., 66 ore, 3,125 crediti
  - 2) Spec. Medico-Chirurgiche = 3 sett., 66 ore, 3,125 crediti
  - 3) Spec. Medico-Chirurgiche = 3 sett., 66 ore, 3,125 crediti
- TOTALE 9 sett., 198 ore, 9,375 crediti

N.B. 198 ore di pratica + 37 ore di studio = 235 ore  
Attività sul campo + studio sul campo = circa 5 ore al giorno per 5 giorni

b. *Schema Organizzativo Temporale (4°):*

Blocco dei corsi formali per 22 settimane      Blocchi di 3 settimane per le successive 9 settimane

c. **Esempio 3:** Assegnazione di crediti tra il 6°, 5°, 4° e 3° anno (Udine)

I 60 crediti dell'attività Formativa Professionalizzante sono stati distribuiti, tra i corsi del 4°, 5°, 6° anno nei seguenti modi:

1) I crediti sono stati distribuiti in base al "tempo" necessario per impadronirsi delle abilità gestuali e relazionali specifiche per ogni particolare materia;

2) ad ogni corso sono stati inizialmente attribuiti dei crediti formativi provenienti dal *core curriculum* in senso generale (che non fanno parte dei 60 crediti di AFP).

3) Il numero di ore attribuite ai crediti sono state divise come segue:

- circa metà per lo studio individuale
- circa 1/3 per lezioni formali
- circa 2/3 per attività pratica.

4) Ai 2/3 dell'attività pratica sono stati aggiunti un numero di crediti, che tradotti in ore, fornissero un periodo di tempo totale "sul campo" per poter adeguatamente impadronirsi delle abilità gestuali e relazionali specifiche per quella particolare materia

**CONCLUSIONI**

Quale che sia l'organizzazione delle attività formative professionalizzanti è comunque opportuno sottolineare che compito del docente non è solo quello di aiutare gli studenti a comprendere la materia, ma soprattutto a sviluppare: Creatività, Abilità nel risolvere problemi, Elasticità mentale, Capacità di critica, Aperture di idee, Capacità di analizzare e sintetizzare materiali complessi. Questo bagaglio di "Capacità" ed "Abilità" sarà quello che lo studente, una volta acquisito, potrà mettere in atto in qualsiasi momento, in qualsiasi luogo e in qualsiasi condizione.

	Crediti	ore totali	ore lezioni	ore pratica	ore studio	ore totali	Crediti AFP
<b>MALATTIA TESTA-COLLO</b>							
Anatomia Patologica	0,30	70,5	3,0	0,0	4,5		
Chirurgia maxillo-facciale	2,00	50	10,0	20,0	20,0		
Oftalmologia	2,00	50	10,0	20,0	20,0		
Otorinolaringoiatria	2,00	50	10,0	20,0	20,0		
<b>TOTALE</b>	<b>6,30</b>	<b>157,5</b>	<b>33,0</b>	<b>60,0</b>	<b>64,50</b>	<b>157,50</b>	
	Ore effettive		36,0	52,0	69,50	157,50	
N° di rotazioni per il corso = 6		Totali di Rotaz. = 6 sett. a 4 + ore al giorno = 147,0 ore					
		N° di ore di att. pratica = 52					
		N° di ore richieste di Tirocinio = 95,0 3,80					
		N° di ore studio abbinate al Tirocinio = 23,75 0,95					
		<b>TOTALE (ore e Crediti di AFP) = 118,75 4,75</b>					



## Telemedicina

Francesca Galeazzi (Aethra Telecomunicazioni, Ancona)

La Telemedicina è la frontiera più avanzata nel settore dei servizi *healthcare*.

Oggi i principali progetti di Telemedicina vengono realizzati prevalentemente allo scopo di avviare forme di refertazione e di consulto sulle indagini di laboratorio e per immagini, rendendo così indipendenti il luogo dell'effettuazione dell'indagine rispetto ai luoghi di residenza delle competenze. In questo modo, da una parte viene favorito il concetto di rete, per quanto attiene l'attività ospedaliera, dall'altra nuove opportunità vengono offerte per quanto attiene la continuità terapeutica tra ospedale e territorio, ossia la possibilità di realizzare una sorta di "ospedale virtuale".

L'uso della videocomunicazione nel settore medico consente di abbattere le barriere geografiche e fornire consulti ed interventi da parte di medici e specialisti, da qualunque parte del mondo si trovino, spaziando da sedute di psicoterapia, alle importanti applicazioni di teledidattica per la formazione a distanza dei medici, e tutti gli altri Professionisti della Sanità fino al Televideoconsulto, con il sistema appositamente creato da Aethra Telecomunicazioni, Eykona 700.

Attualmente, il Televideoconsulto viene utilizzato quando si richieda un parere di interpretazione clinica di singoli casi che offrono particolari difficoltà di inquadramento diagnostico, oppure quando il servizio, ad esempio, di radiologia cardiologia della sede remota sia privo o carente di personale medico.

Già dal 1986, Aethra ha sviluppato i primi sistemi di Televideoconsulto: oggi con Eykona 700 è in grado di garantire un'affidabilità sempre maggiore e parallela allo sviluppo tecnologico (compatibilità con H.320/323). Eykona 700 si distingue nel panorama mondiale in quanto Aethra, grazie al proprio Dipartimento interno di *Ricerca & Sviluppo*, ha realizzato un sistema completo: il *software* e sistema di videocomunicazione infatti, sono stati creati contestualmente e non successivamente integrati, come per le soluzioni dei principali competitor.

Nell'ambito delle applicazioni di Televideoconsulto, molto diffusi (oltre il 70% delle installazioni in Italia riguarda questo tipo di applicazione) sono i consulto a distanza in ambito radio-

logico, che consentono ai pazienti di non doversi spostare verso centri specializzati e di effettuare Pronto Soccorso radiologico presso normali strutture di Soccorso dotate dei sistemi Eykona 700. Altre importanti e frequenti applicazioni sono quelle riguardanti l'ambito cardiologico. Ad esempio, in alcuni Paesi all'estero, in base a convenzioni tra centri specializzati e ospedali pubblici, sono stati avviati progetti per la creazione di centri equipaggiati con sistemi di Televideoconsulto Aethra, al fine di consentire ad un numero crescente di pazienti di usufruire di questi servizi.

Un'importante applicazione di Eykona 700 riguarda inoltre l'*Home Care*: in questo caso, grazie al Televideoconsulto, diventa possibile portare cure, talvolta anche di notevole complessità, presso il domicilio dei pazienti, senza la necessità che essi debbano rimanere in strutture ospedaliere, per tutta una serie di terapie ed interventi riabilitativi. La videocomunicazione permette, in questi casi, di collegare il medico con centri di assistenza, pazienti terminali, disabili, anziani, che ricevono assistenza e controlli costanti, con riflessi positivi sul loro stato psicologico, in quanto non costretti a rimanere negli ospedali.

I benefici che è possibile ottenere grazie all'uso di Eykona 700 spiegano il crescente numero di istituti e strutture sanitarie che si avvalgono del siste-



ma Aethra di Televideoconsulto, sia in Italia che all'estero: tra gli altri, possono essere ricordati, FINAIL e l'Azienda Ospedaliera Lancisi in Italia, il Johns Hopkins Medical Institute di Baltimora nel Maryland, il Jackson Memorial Hospital a Miami in Florida, l'University of Rochester Medical Center di Houma in Louisiana, l'Ospedale San Giovanni di Bellinzona e Valli in Svizzera, etc. Quest'ultimo, che si trova nel cantone italiano della Svizzera e a 200 km dal centro di Cardiologia Pediatrica, utilizza Eykona 700, già dal 1998, nel Dipartimento Pediatrico: queste applicazioni consentono l'immediata identificazione e risoluzione delle patologie riscontrate nelle diagnosi dei giovani pazienti.

I Dipartimenti di Cardiologia Pediatrica non sono uniformemente diffusi nel territorio svizzero e pertanto può risultare spesso difficile procedere con diagnosi ed esami al fine di intervenire tempestivamente sui neonati e sui pazienti bambini affetti da problemi cardiaci. In questo senso, la Telemedicina e soprattutto il Televideoconsulto, rappresentano la soluzione per migliorare o addirittura sopperire all'assenza di assistenza medica, anche perché, in base agli studi di prova che il San Giovanni ha condotto prima di procedere con la trasmissione di vere diagnosi, era stata riscontrata l'alta qualità delle immagini inviate sia a livello di clip, sia di immagini statiche, fattore questo di importanza fondamentale ai fini di una corretta diagnosi. Nel Dipartimento Pediatrico presso la Divisione di Cardiologia dell'Ospedale svizzero, gli ecocardiogrammi dei bambini vengono trasmessi ad una velocità di 384 kbit/sec (Eykona 700 raggiunge i 512 kbit/sec su ISDN e 768 kbit/sec su IP) direttamente al Centro di Cardiologia Pediatrica, che si

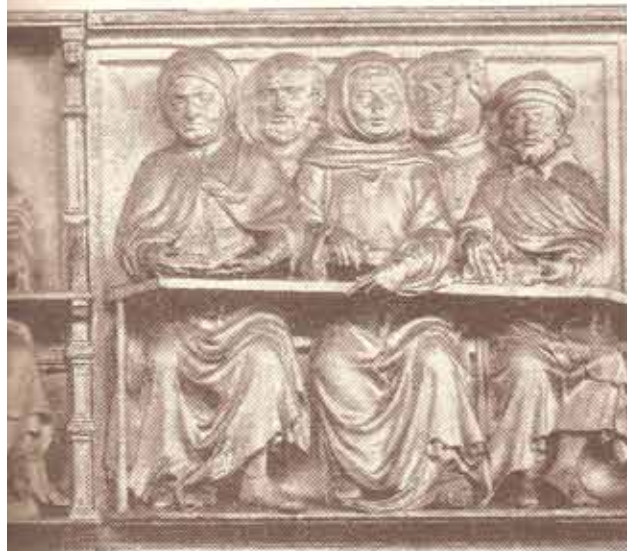
trova a 200 km di distanza, dove medici cardiologi possono effettuare diagnosi in tempo reale e fornire risposte celeri, senza nessuna perdita di tempo.

Durante una recente sessione di esami cardiologici a distanza effettuati su sessantacinque bambini, in ben sei casi, grazie al Televideoconsulto, è stato possibile evitare il trasferimento urgente del giovane paziente in un centro specializzato di cardiologia: le immagini trasmesse hanno rivelato immediatamente che gli interventi non erano necessari, evitando di far spostare bambini e genitori. Questi episodi hanno messo in luce il vantaggio immediato di un tempestivo intervento, evidenziando i benefici legati al contenimento dei costi per i mancati spostamenti, con connessi disagi.

Il successo nell'utilizzo del sistema di Televideoconsulto Eykona 700 è stato determinante tanto da far adottare Eykona 700 anche da altre strutture ospedaliere della Svizzera, tra cui: l'Ospedale Regionale di Lugano, La Beata Vergine di Mendrisio e La Carità di Locarno.

La validità del sistema di Televideoconsulto creato da Aethra è stata ulteriormente e di recente confermata dalla vittoria di un'importante gara in Canada, in cui Eykona 700, grazie alle proprie caratteristiche, consentirà interventi e diagnosi a distanza, e in emergenza. L'Health and Social Service Department dei Northwest Territories infatti, sta implementando un Telehealth Network costituito da sette sistemi Eykona 700 nella versione con carrello medicale, che saranno collegati a 16 sedi periferiche mediche per applicazioni di Telemedicina in radiologia, otorinolaringoiatria, cardiologia e medicina generale. Il progetto prevede collegamenti con sei città (Inuvik, FortSmith, Hay River, Simpson, Deline and Holman), dove per le difficili condizioni di comunicazione, causate anche dalle distanze geografiche, il Televideoconsulto permette di intervenire risparmiando tempo prezioso, in alcuni casi vitale.

*"Questo risultato conferma, ancora una volta, la validità e l'utilità di questo sistema avanzato di Televideoconsulto",* afferma Giulio Viezzoli, Presidente e Amministratore Delegato Aethra. *"Abbiamo ritenuto nel passato che la Telemedicina fosse un campo che meritasse una soluzione di videocomunicazione ad-hoc, viste le delicate implicazioni che questi sistemi possono avere nella vita di tutti".* *"La Telemedicina infatti, è il settore di applicazione della videocomunicazione in cui eliminare i tempi di spostamento non è semplicemente un vantaggio in termini di costi o di disagi, ma ha una valenza implicita per l'opportunità che*



offre di risolvere situazioni di emergenza in tempo reale".



Note tecniche di Eykona 700

- \* cartella elettronica
- \* store and forward
- \* Dicom3
- \* connettività ISDN, IP, leased lines
- \* protocolli H320, H325, T120
- \* FTP Client
- \* collegabile a strumenti elettromedicali

Eykona 700 è il sistema integrato di Telemedicina per la gestione elettronica delle cartelle cliniche, il trattamento delle immagini mediche, il Televideoconsulto. Realizzato per il supporto alla diagnosi medica, Eykona 700 permette un efficace consulto a distanza grazie anche alla condivisione degli applicativi di analisi dell'informazione medica e alle funzionalità di *store and forward* delle cartelle elettroniche. L'architettura del sistema è appositamente studiata per rendere estremamente semplice ed immediato il collegamento ai vari strumenti elettromedicali.



## Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia

SEDE	PRESIDENTI
Ancona	Prof. Giovanni Danieli ( <i>Coordinatore Generale della Commissione Didattica</i> ) Prof. Saverio Cinti, <i>Coordinatore CdLS</i>
Bari	Prof.ssa Gilda Caruso
Bologna	Prof. Luigi Bolondi
Brescia	Prof. Giuseppe Nardi
Cagliari	Prof. Amedeo Columbano
Catania	Prof. Enrico Vasquez
Catanzaro	Prof. Francesco Saverio Costanzo - <i>Presidente di Facoltà</i>
Chieti	Prof. Lorenzo Bonomo
Ferrara	Prof. Gioacchino Mollica
Firenze	Prof. Alessandro Mugelli
Foggia	Prof. Vincenzo Neri
Genova	Prof. Renzo Celesti
L'Aquila	Prof. Massimo Casacchia
Messina	Prof. Alberto Calatroni
Milano	Prof. Massimo Malcovati
Milano Vita-Salute S. Raffaele	Prof. Claudio Rugarli
Milano-Bicocca	Prof.ssa Marzia Kienle
Modena	Prof. Aldo Tomasi
Napoli- Università Federico II	Prof. Guglielmo Borgia
Napoli - Il Ateneo	Prof. Giovanni Delrio
Napoli-Caserta	Prof. Evangelista Sagnelli
Novara	Prof. Giorgio Bellomo - <i>Presidente Commissione Didattica</i>
Padova	Prof. Oreste Terranova
Palermo	Prof. Antonino Bono
Parma	Prof. Amos Casti
Pavia	Prof.ssa Maria Scappaticci
Perugia	Prof. Fausto Grignani
Pisa	Prof. Luigi Murri
Roma - La Sapienza I Facoltà	Prof. Marcello Negri (Corso di Laurea A) Prof. Enrico De Antoni (Corso di Laurea B) Prof. Pietro Gallo (Corso di Laurea C) Prof. Andrea Lenzi (Corso di Laurea D) Prof.ssa Marella Maroder (Corso di Laurea E, Polo Pontino, sede di Latina)
Roma - La Sapienza II Facoltà	Prof. Giuseppe Familiari
Roma - Tor Vergata	Prof. Raffaele Geremia
Roma - Campus Bio-Medico	Prof.ssa Paola Binetti
Roma - Cattolica	Prof. Gian Battista Azzena
Sassari	Prof. Giuseppe Delitala
Siena	Prof.ssa Marcella Cintorino
Torino	Prof. Franco Cavallo
Torino II Facoltà	Prof. Giuseppe Saglio
Trieste	Prof. Gian Luigi Sottocasa
Udine	Prof. Alfred Tenore - <i>Presidente Commissione Didattica</i>
Varese	Prof. Francesco Pasquali
Verona	Prof. Alessandro Lechi

## MEDICINA E CHIRURGIA

Quaderni della conferenza  
permanente dei presidenti  
dei consigli di corso di laurea  
specialistica in medicina e chirurgia

*Comitato Editoriale di Medicina e Chirurgia*

Guglielmo Borgia, (Campania, Puglia, Basilicata),  
Alberto Calatroni (Stellia, Calabria, Sardegna),  
Renzo Celesti (Liguria, Emilia-Romagna),  
Marcello Negri (Lazio, Abruzzo, Molise),  
Claudio Rugarli (Piemonte, Lombardia),  
Gian Luigi Sottocasa (Triveneto)

*Redazione*, Istituto di Clinica Medica Generale,  
Ematologia ed Immunologia Clinica dell'Università  
60020 Torrette di Ancona  
Tel. 0712206101 - Telefax 0712206103  
E-mail: istclinmedan@popesi.unian.it

*Amministrazione e stampa*, Errebi Falconara

*Segretaria di Redazione*, Daniela Pianosi

*Direttore Responsabile*, Giovanni Danieli

*Con la cortese collaborazione di*



**aethra** Telecomunicazioni