



# MEDICINA E CHIRURGIA

Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

## MEDICINA E CHIRURGIA

Quaderni delle Conferenze Permanenti  
delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

### *Comitato Editoriale*

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

*Direttore Editoriale*, Luigi Frati

### *Redazione*

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche  
Università Politecnica delle Marche  
60020 Torrette di Ancona  
Tel. 071 2206101 - Telefax 071 2206103  
E-mail: g.danieli@univpm.it

*Amministrazione e stampa*, Errebi Falconara

*Segretaria di Redazione*, Daniela Pianosi

*Direttore Responsabile*, Giovanni Danieli

## Sommario

1015 *Presentazione*, Luigi Frati e Giovanni Danieli

EDITORIALE

1016 *Si possono apprendere e insegnare le Medical Humanities?*  
Luciano Vettore

CONFERENZA PERMANENTE DEI PRESIDENTI DEI CCLM IN MEDICINA E CHIRURGIA

1012 *L'Attività Didattica Elettiva interfacoltà*  
Guglielmo Borgia

1024 *L'integrazione degli insegnamenti nel Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia: un'analisi preliminare*  
Alessandro Lechi

1027 *Archivio e pagina web della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CCLM in Medicina e Chirurgia*  
Amos Casti

CONFERENZA PERMANENTE DELLE CLASSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE

1029 *Progettare e realizzare i nuovi corsi per le Lauree Specialistiche di area sanitaria: l'esempio dell'insegnamento delle discipline pedagogiche*  
Lucia Zannini

1035 *Il Tirocinio nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie*  
Luisa Saiani, Daniele Palla, Laura Cunico

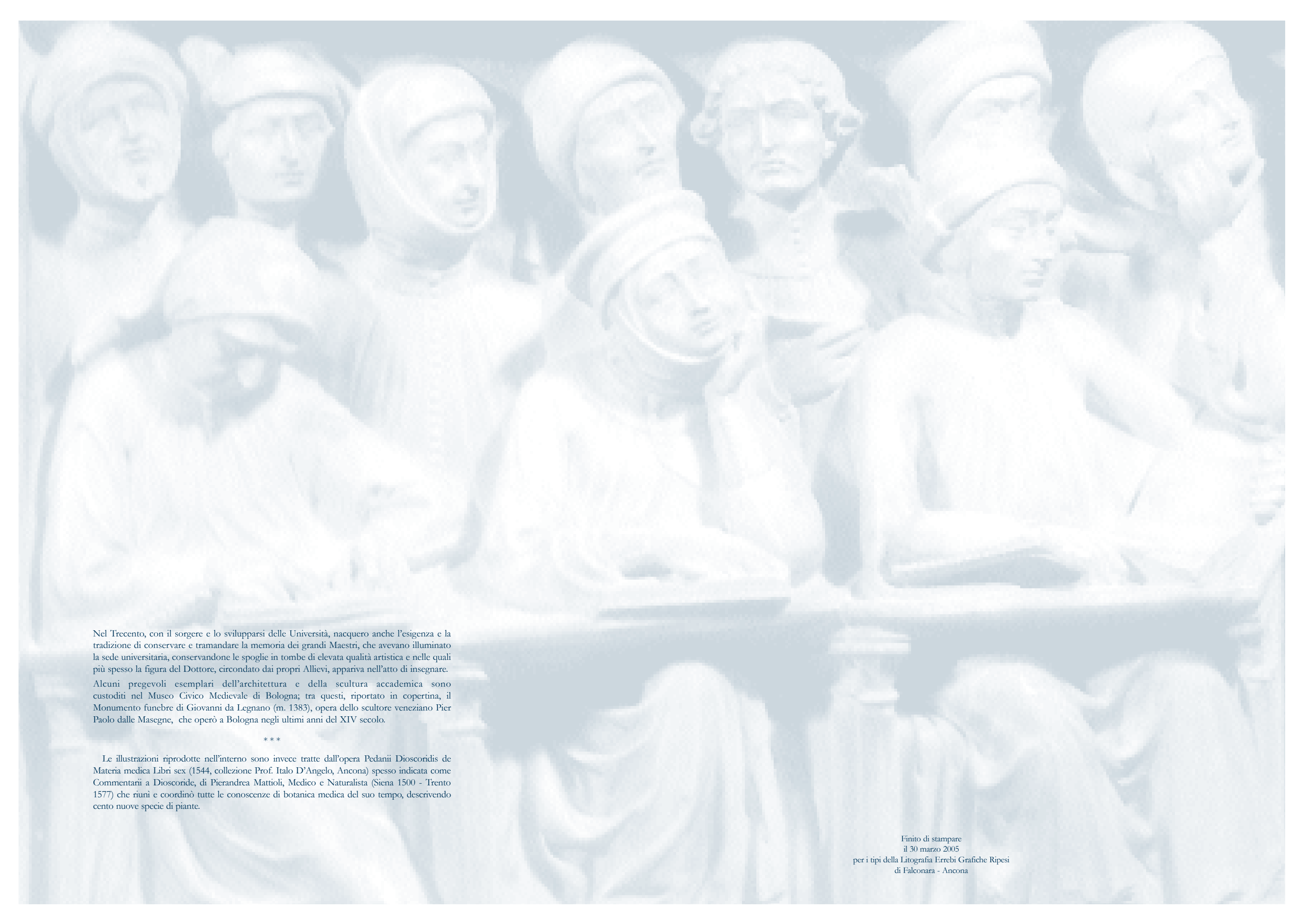
IRNERIO LUMEN IURIS

1042 *L'accesso agli atti prima della legge 15/05*  
Maria Paola Landini e Paolo De Angelis

UNIVERSITÀ-REGIONE

1046 *Introduzione alla proposta di pubblicare una serie di documenti relativi agli atti aziendali della Regione Toscana*  
Gian Franco Gensini, Antonio Conti, Andrea Des Dorides, Andrea Alberto Conti

27/2005



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

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

\*\*\*

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

# Presentazione

Luigi Frati e Giovanni Danieli

I contesti sociale e culturale nei quali oggi viviamo richiedono al Medico un intervento professionale non limitato agli aspetti tecnico-scientifici, ma più ampio, esteso al recupero del colloquio, alla collaborazione e al coinvolgimento della persona assistita nelle scelte diagnostiche e terapeutiche, rendendo ineludibile la capacità di affrontare, dibattere ed avviare a soluzione i problemi di natura sociale, economica, psicologica e soprattutto etica, correlati al processo morboso.

Se questo è quanto oggi si attende dal Medico, ma anche più estesamente da tutti i professionisti della sanità, dal momento che prima o dopo si dovrà pur operare in *équipe*, la preparazione universitaria deve necessariamente restare aperta all'apporto di discipline globalmente definite umanistiche come ad esempio Storia della Medicina e Filosofia della Scienza, Psicologia e Logica, Antropologia, Bioetica ed Etica Clinica, Economia e Gestione Sanitaria.

Queste premesse per indicare l'importanza che nel *curriculum* formativo dei nostri studenti, assumono le Scienze Umane, traduzione italiana delle *Medical Humanities*, alle quali sono dedicati due importanti contributi di questo fascicolo. Nel primo Luciano Vettore definisce le *Medical Humanities*, ne descrive utilità e scopi e prospetta, per l'insegnamento delle stesse, un modello per caso-problema e per piccoli gruppi; Lucia Zannini, nel secondo, puntualizza contenuti, quadri teorici e costrutti di riferimento, integrazioni, metodologie didattiche che possano rendere efficace la progettazione di un Corso di insegnamento di area pedagogica. Sono, a nostro avviso, due contributi, strutturati ed innovativi, che meritano un ampio dibattito.

Attività didattica elettiva ed integrazione curriculare riflettono luci ed ombre dell'applicazione del nuovo ordinamento.

La luce è ovviamente portata dalla prima; l'attivazione diffusa di tale forma di insegnamento/apprendimento ha permesso non solo di personalizzare il percorso formativo dello studente, ma ha indotto in tutte le Facoltà un fermento di iniziative e un proliferare di eventi culturali che hanno notevolmente accresciuto l'offerta didattica ed espanso il ruolo formativo delle Facoltà.

Tale ricchezza di contributi genera naturalmente il proposito di protrarne la sopravvivenza, di raccogliarli e facilitarne la fruizione da coorti più numerose di studenti; Guglielmo Borgia sta operando in questo campo con la preparazione di un progetto di ADE-interfacoltà.

Ombre invece sull'integrazione che, con la costituzione dei corsi integrati, a più voci, era ed è uno dei perni del sistema; ebbene, l'integrazione è carente tra i docenti dello stesso corso integrato ed impalpabile in senso orizzontale o verticale in Corsi, rispettivamente, dello stesso semestre/anno o temporalmente distanti.

Alessandro Lechi ha in corso una perlustrazione sul tema: l'obiettivo è quello di dare visibilità al problema, misurarne le dimensioni, modificare i comportamenti.

Su un diverso archivio, invece, è impegnato Amos Casti, archivio e pagina web, della Conferenza dei CL in Medicina e Chirurgia: obiettivo è raccogliere tutti i documenti prodotti dalla Conferenza, nonché le attività di tutte le sedi componenti: servirà da memoria storica ma anche da strumento efficace di informazione e comunicazione.

Luisa Saiani, Daniele Palla e Laura Cunico presentano invece i risultati ottenuti da un gruppo di studio della Conferenza delle classi di laurea delle professioni sanitarie che ha definito, del tirocinio, modalità di organizzazione e di frequenza, sedi di formazione, responsabilità e coordinamento, valutazione e soprattutto profilo di competenza dei professionisti della sanità nonché abilità che gli stessi devono acquisire nel loro corso di studio.

Come è tradizione, questo numero si conclude con due note giuridico-amministrative; nella prima Maria Paola Landini, con la solida efficacissima collaborazione di Paolo De Angelis, ricorda la normativa vigente in tema di accesso agli atti amministrativi ed alle procedure concorsuali, tra il diritto di accesso e il dovere di tutelare la riservatezza; Gianfranco Gensini e i suoi collaboratori presentano, dopo quello di Ancona pubblicato nello scorso numero, il protocollo di intesa tra la Regione Toscana e l'Università di Firenze, Pisa, Siena; a questo seguiranno gli atti aziendali: si tratta ovviamente di un contributo di esperienza utile per chi sta operando nel settore.



## Si possono apprendere e insegnare le *Medical Humanities*?

Luciano Vettore (Società Italiana di Pedagogia Medica)

### Perché le *Medical Humanities*?

Credo che si debba proprio compiacersi del fatto che le *Medical Humanities* (MH) ritrovino spazio nella formazione dei professionisti della salute. Qualcuno potrà stupirsi che abbia scritto ri-trovino, ma non si tratta di una svista: ri-trovino perché da sempre è palese in quanti esercitano la medicina un atteggiamento che da un certo momento in poi è stato definito come "umanistico".

Su questa attitudine psico-affettiva si è fatta anche molta retorica, e tanti - forse troppi - fiumi d'inchiostro si sono versati sul medico umanista, sulla "missione del medico", sulla vocazione filantropica delle diverse professioni sanitarie e sull'umanitario consolatore di sofferenze; tanto che in certi periodi e in certi ambienti si è giunti a sopravvalutare la disponibilità affettiva del medico rispetto alla sua competenza tecnico-scientifica, e quest'ultima competenza non è stata nemmeno presa in considerazione fino a poco tempo fa per le altre professioni sanitarie.

D'altronde chi tra noi, nel decidere di diventare medico o infermiere, non ha subito il fascino un po' mitico (e mitizzato nel comune sentire) di diventare un salvatore di vite, un consolatore di sofferenti, una persona che sceglieva una professione tutta particolare, più nobile delle altre perché aveva a che fare con la vita e con la morte dei suoi simili?

È vero d'altra parte che fino a meno di un secolo fa la medicina non possedeva strumenti efficaci per modificare la storia naturale delle malattie e quindi, al di là dell'osservare e del descrivere gli eventi patologici, non poteva effettivamente fare molto di più e di meglio dell'assistere gli ammalati, sorreggendoli affettivamente con la vicinanza umana, e cercando così di rendere meno penose le loro sofferenze.

Nella realtà la "casta" dei medici, con un buon grado di presunzione, ha quasi sempre tentato anche nel passato d'intervenire terapeuticamente sulle malattie, ma con successi molto limitati e non raramente con risultati catastrofici (si pensi all'abuso dei salassi e dei catartici e all'uso di pozioni medicinali, figlie di un "credere di sapere" che aveva a che fare più con la stregoneria che non con la scienza come oggi la intendiamo...).

Bisogna infine ammettere che in gran parte i medici di un passato anche abbastanza recente

erano cresciuti in famiglie di medici, nelle quali veniva coltivata tradizionalmente la cultura umanistica, fatta per lo più di buone letture e di buoni sentimenti.

Poi nacque la "medicina tecnologica", la medicina che ha cominciato a scrutare nei corpi con strumenti sofisticati ed efficaci, ma spesso anche invasivi e sgradevoli; la medicina che ha imparato a curare con efficacia adeguata ancorché non totale i sintomi, ma anche a contrastare le cause delle malattie o almeno i loro meccanismi di produzione.

Da allora crebbero spesso a dismisura i "deliri di onnipotenza" della medicina diagnostica e terapeutica e il *to cure* prese sovente il sopravvento sul *to care*.

Ben venga allora, anche se talvolta sembra frutto di un senso di colpa più che di una necessità inderogabile, l'interesse per la dimensione globale, olistica dell'*ars medica*, non solo *evidence based*, ma anche umanamente sensibile e capace di usare oltre alle potenti tecnologie la forza del pensiero e delle emozioni; ben venga perciò l'interesse per le MH, tradotte non brillantemente in italiano in "scienze umane", come offerta di studio nelle nostre Facoltà di Medicina, non solo per i medici ma anche per tutti i futuri professionisti della salute.

### Ma che cosa sono in concreto le *Medical Humanities*?

Quando ho cominciato a cercare e a raccogliere materiale per scrivere questo testo, mi sono imbattuto in un brano scritto da Paola Binetti, non so neppure in quale occasione, che sintetizza secondo me in modo magistrale come le MH possano e debbano entrare a pieno titolo nel bagaglio educativo delle Facoltà di Medicina. Ringraziandone l'Autrice e scusandomi per il "saccheggio" integrale, ho deciso di trascrivere testualmente (con qualche minima aggiunta inserita in corsivo tra parentesi) quello che aveva scritto Paola Binetti, piuttosto che tentarne una maldestra riscrittura personale.

Or dunque, Binetti scrive: "L'inserimento delle humanities nei curricula della Facoltà di Medicina nasce dalla considerazione che la preparazione tecnico-scientifica risulta insufficiente per rispondere alle nuove e più complesse esigenze che la Società pone alla Sanità in termini di umanizzazione della medicina. L'azione terapeutica va concepita sempre più come "atto

integrato", in quanto costituisce il punto di convergenza e il campo di applicazione di cognizioni non solo strettamente mediche, ma anche di carattere antropologico, psicologico, etico e socio-economico. Ne deriva un paradigma più ampio di scientificità, che comprende una gamma maggiore di competenze e di capacità.

Non è semplice però scegliere quali *humanities* e in che modo inserirle nei piani di studio, per evitare il rischio di una ulteriore forma di frammentazione del sapere nell'approccio umanistico proposto allo studente. Una ricerca in tal senso può permettere di calibrare meglio obiettivi e metodologie di intervento formativo, per dare un contributo reale alla qualità dell'assistenza, a cominciare dalla relazione medico-paziente, che pone nuovi interrogativi al *team* dei curanti anche in funzione degli attuali modelli di organizzazione aziendale.

L'inserimento delle *humanities* potrebbe anche contribuire in modo significativo ad attivare quei programmi di educazione del paziente, che lo vogliono protagonista del suo processo di cura, attraverso positivi cambiamenti del suo stile di vita.

Il punto di vista narrativo, emergente in ambito psico-pedagogico, si pone come potenziale chiave euristica ed ermeneutica per approfondire ed esplorare quegli aspetti dell'attività umana caratterizzati da processi di produzione, elaborazione e trattamento di significati e di interpretazioni. È quindi particolarmente utile per medici ed infermieri, sollecitati a farsi carico dei problemi dei loro pazienti anche attraverso la comprensione del significato che la malattia ha per loro e per la loro famiglia. La letteratura opera sulla realtà una sorta di "variazione immaginativa", l'aristotelica *mimesis*, che, trasfigurando cose e situazioni, consente di coglierle negli aspetti meno consueti e nelle sfumature più profondamente esistenziali.

Grazie al testo letterario, presentato in varie forme, il medico o l'infermiere (e genericamente ogni professionista della salute) riceve un supplemento di esperienza che rivela nuove possibilità di essere-nel-mondo. Sensibilizzare lo studente di medicina (e di tutte le altre "scienze della salute") a cogliere i ritmi del narrare e la loro valenza di comunicazione non verbale costituisce un mezzo in più per insegnare a fare una buona anamnesi (e comunque a relazionarsi con umanità con chi chiede aiuto).

L'uso mirato del cinema con il suo linguaggio così moderno e coinvolgente rappresenta una fonte di narrazioni di straordinaria capacità evocativa e dischiude orizzonti di significati difficilmente esperibili in altro modo.

La storia della medicina, considerata anche nell'ottica delle *humanities*, può svolgere un ruolo pedagogico importante, accresciuto dal bisogno di un pensiero unificatore, in presenza delle forti spinte intese a suddividere la medicina in varie specialità. La storia della medicina, come storia della scienza, è "il laboratorio della epistemologia", in quanto favorisce la riflessione critica sull'agire medico in tutte le sue diverse forme, in modo da consentire di appropriarsi meglio dei processi intellettuali che costituiscono la base del ragionamento clinico e scientifico. Una sperimentazione in tal senso può aiutare a individuare i modi più efficaci per mettere lo studente in condizione di controllare meglio i propri processi logici, alla luce della esperienza storica e filosofica che ha caratterizzato l'evoluzione scientifica. In questa fase di rapidi cambiamenti culturali, che vedono l'avvicinarsi accelerato di nuove teorie e di nuovi modelli interpretativi, è importante disporre di criteri orientativi che consentano di vagliare e di selezionare le ipotesi proposte da nuove teorie, identificando realmente il valore aggiunto dalla nuova rispetto a quella precedente. Se si tiene conto che oltre il 50% del patrimonio culturale di uno studente di medicina nell'arco dei sei anni diventa obsoleto, saper scegliere sul piano intellettuale non è obiettivo da poco".

Credo che risulti evidente la natura "partigiana" della mia scelta del testo ora riportato per delineare il ruolo delle MH nella formazione dei professionisti della salute: è una scelta che rifiuta – s'intende solo nel momento formativo – l'autonomia disciplinare dei diversi saperi che confluiscono nelle MH, per privilegiare al contrario un approccio che faccia sintesi dei differenti apporti in funzione del fine unitario che è appunto l'educazione globale – non solo tecnico-scientifica, ma anche umana – di ogni professionista della salute.

E allora, si pone prepotente a questo punto la domanda che segue.

### Come insegnare e/o apprendere le *Medical Humanities*?

Come per ogni altro contenuto formativo anche per le MH, prima di definire le modalità didattiche pedagogicamente più efficaci è indispensabile individuare con sufficiente precisione gli obiettivi educativi che si ritiene necessario far perseguire a qualsiasi professionista della salute.

L'operazione della definizione di tali obiettivi non è semplice, perché non può limitarsi a individuare nozioni da memorizzare, né a segnalare

insegnamenti disciplinari particolari ai quali affidare la trasmissione di nuove conoscenze (nuove, o meglio inconsuete per gli studenti delle professioni sanitarie).

Si potrebbe dire in accordo con Umberto Galimberti che apprendere le MH di fatto coincide con l'educazione dell'anima; a tal proposito proprio Umberto Galimberti ha scritto: "Se la scuola fallisce nel compito dell'educazione psicologica, che prevede - oltre a una maturazione intellettuale - anche una maturazione affettiva ..... l'ultima *chance* potrebbe offrirla la società, se i suoi valori non fossero solo *business*, successo, denaro, immagine e tutela della *privacy*, ma anche qualche straccio di solidarietà, relazione, comunicazione, aiuto reciproco ..... Per questo c'è un gran lavoro da fare nell'educazione preventiva dell'anima (e non solo del corpo e della intelligenza) per essere all'altezza del nostro tempo....".

Non voglio peraltro ingenerare la falsa impressione che studiare le MH possa in qualche modo coincidere con una specie di *training* psicologico personale, teso a rafforzare le difese psico-emotive del futuro operatore sanitario di fronte agli stress che questi tipi di professione fatalmente ingenerano nei loro esercenti; non voglio nemmeno dire che l'acquisizione della capacità di gestione positiva delle proprie emozioni non sia un obiettivo formativo rilevante, ma il suo conseguimento non può essere attribuito alle MH nell'accezione sopra delineata e richiederebbe quindi un discorso a parte.

È tuttavia abbastanza probabile che il patrimonio formativo di cui ci stiamo qui interessando costituisca una base importante per l'acquisizione e la maturazione di quelle abilità di controllo psico-emotivo così importanti (e purtroppo poco curate anche a livello formativo) nelle professioni sanitarie; potremmo dire che gli obiettivi educativi della MH sono per lo più obiettivi di natura "metodologica": alla conclusione del proprio iter scolastico il laureato in Scienze della Salute dovrebbe essere in grado di affrontare e di risolvere i problemi professionali complessi che incontrerà più frequentemente non solo in un'ottica tecnico-scientifica, ma anche in una prospettiva complessiva più ampia e articolata, che sappia tener conto di tutte le componenti di tali problemi: dalla componente psico-relazionale a quella etica, dalla componente antropologica a quella filosofica ed epistemologica, da quella socio-culturale a quella storica ed economica.

Si tratta di obiettivi difficilmente formalizzabili in nozioni o conoscenze teoriche, anche se di queste pure si nutrono; in altri termini gli

obiettivi essenziali delle MH non possono essere prevalentemente quelli del conoscere astrattamente le caratteristiche del funzionamento della psiche umana, o le tecniche della comunicazione efficace, o le regole teoriche della logica, o i principi astratti dell'etica, o la sequenza degli eventi fondanti della storia della medicina, o le leggi dell'economia sanitaria, o la storia della letteratura, del cinema, della filosofia e dell'arte.

Il conseguimento degli obiettivi educativi essenziali delle MH dovrebbe aiutare i futuri professionisti della salute a far tesoro di queste conoscenze - peraltro non sistematiche, e quindi patrimonio di elaborazione culturale personale e non di mera erudizione - nella soluzione dei problemi di salute, non solo di malattia, che le "persone integrali" porranno loro nel momento in cui chiederanno d'instaurare col curante una relazione d'aiuto; si tratta infatti di una relazione che richiede contemporaneamente competenze di natura tecnico-scientifica e di natura psico-relazionale, cioè le capacità di ascoltare, comprendere, condividere e sorreggere, oltre che di rilevare, diagnosticare, decidere, prescrivere, curare, prevenire e riabilitare. Sono infatti convinto che le capacità tipicamente cliniche or ora elencate per seconde possono essere esercitate in modo più completo e soddisfacente solo se si nutrono intimamente delle capacità "umane" che le precedono.

Si noti che quanto sopra espresso non è appannaggio esclusivo della figura professionale del medico, ma oggi coinvolge con qualche differenza più quantitativa che qualitativa tutte le professioni della salute in quanto finalizzate alla cura delle persone.

Tutto ciò, tuttavia, non è facile da realizzare, anche perché come scrive Binetti in un altro suo contributo\*:

"Non a caso appartengono al dibattito sulle scienze umane due approcci complementari che ne rivelano l'intrinseca complessità: quello di tipo logico-epistemico in cui l'attenzione è tutta centrata sui modi della conoscenza, sulle possibilità di controllare l'errore di tipo logico, attraverso il rigore del ragionamento ipotetico-deduttivo, e quello di tipo etico-relazionale, in cui l'attenzione si centra sulla relazione di aiuto e sulle motivazioni che presidiano il senso di responsabilità del medico e ne connotano la specifica dignità professionale. Il problema del vero e il problema del bene sono da sempre i binari lungo cui scorrono le scienze proprie-

\* *Scienze Umane in Medicina* - Il lavoro editoriale editore, Ancona 2005.

mente umane, sia che affrontino questi temi in chiave filosofica, sia che accettino la narrazione letteraria come scenario in cui più e meglio appare l'uomo con le sue contraddizioni, con le sue sofferenze e con le sue ambizioni, più o meno nobili".

Tuttavia personalmente mi permetto di affermare che tra questi due approcci non esiste solo una complementarietà, ma anche una necessità di sintesi: infatti, solo per limitarmi a un esempio, credo che sia molto difficile negli errori di applicazione del metodo clinico distinguere quanto sia attribuibile a fattori d'inadeguatezza cognitiva nell'uso della logica e quanto al fatto che il processo logico sia stata "distorto" da fattori psico-emozionali o di contesto socio-ambientale.

Se così è, temo vivamente che il rischio di tali errori sarebbe maggiore se – dopo aver separato schematicamente gli obiettivi didattici specifici – li facessimo oggetto di insegnamenti disciplinari separati, magari affidati a titolarità accademiche ben distinte (o addirittura contrapposte), ciascuna con il proprio corso d'insegnamento da realizzare in modo autonomo.

Le conseguenze logiche di tutto questo discorso sono le seguenti:

- gli studenti in quanto futuri professionisti della salute hanno bisogno di affrontare in modo unitario e armonico l'apprendimento delle conoscenze, delle abilità e delle competenze che attengono alle *Medical Humanities*;
- in modo ancora più rilevante di quanto non accada per la formazione tecnico-scientifica, per l'educazione alle MH credo fermamente indispensabile che anche l'insegnamento sia proposto attraverso un approccio didattico-pedagogico fortemente armonico e unitario.

Ma come fare tutto ciò, senza svilire le MH a una sorta di *hobby* culturale per pochi eletti, magari reso odiosamente obbligatorio per tutti? C'è infatti il rischio concreto che l'avvicinamento alle MH sia vissuto come una oziosa perdita di tempo dai nostri pragmatici studenti, i quali con un utilitarismo ben consolidato accantonano tutto ciò che non si lega al rito del premio/punizione elargito da docenti autorevolmente identificati ciascuno dalla propria titolarità disciplinare.

Sono peraltro fortemente convinto che esista un antidoto al disinteresse degli studenti diverso e più efficace del meccanismo "moraleggiante" del premio/punizione: è l'antidoto del coinvolgimento personale dello studente, posto al centro del processo educativo non solo a paro-

le, ma con i fatti che lo rendono artefice corresponsabile della propria crescita educativa.

Già immagino il sorriso un po' scettico di alcuni Colleghi a queste mie "utopiche" affermazioni, ma la cosa non mi turba, anche perché il ridere è fonte di benessere per l'incremento endorfinico che produce.

Andando al concreto, coinvolgere gli studenti nell'approccio alle MH significa impegnarli ad affrontare personalmente – generalmente in piccolo gruppo, almeno inizialmente animato e moderato da un tutore – problemi simili a quelli che verosimilmente incontreranno nel loro futuro professionale; il confronto tra pari all'interno del piccolo gruppo attorno a problemi concreti che riguardano la cura delle persone non può non suscitare interesse in chi abbia scelto una qualsiasi professione sanitaria; l'interesse si trasforma in curiosità e in stimolo alla ricerca personale nel momento in cui i discenti constatano il proprio grado, sia pure variabile da soggetto a soggetto, d'incompetenza nel cercare la migliore soluzione del problema.

Inoltre, la peculiarità di ogni problema sanitario realisticamente proposto è quella di richiedere approcci multidisciplinari e multiprofessionali; multidisciplinari nel senso che ogni singolo problema può presentare contemporaneamente più tipi di quesiti, ai quali possono dare risposte complementari le diverse MH: cioè quesiti che di volta in volta richiedono risposte con risvolti prevalentemente psicologici, etici, antropologici, filosofici, sociali o economici variamente associati in relazione alle situazioni specifiche.

Si diceva inoltre che i problemi sanitari reali (o realistici) nella grande maggioranza dei casi cercano e trovano risposte dall'apporto collaborativo e armonico di più professioni sanitarie con differenti competenze tecniche o scientifiche, ma con il comune fine dettato dalla relazione di cura; se ciò è vero, sembra naturale che fin dai primi anni del proprio *cursus studiorum* gli studenti delle diverse professioni della salute affrontino fianco a fianco (cioè in gruppi misti) i medesimi problemi attinenti alle MH, per abituarsi a contribuire alla loro soluzione ciascuno con le proprie specificità professionali oltre che umane, così da evitare contrapposizioni e inutili conflitti spesso dannosi proprio per il destinatario della relazione di cura nel momento concreto della sua realizzazione.

Insomma, la proposta dell'apprendimento basato su problemi con metodo tutoriale in piccolo gruppo, che è teoricamente valido e invitante per tutto l'arco della formazione alle pro-

fessioni sanitarie, si presenta particolarmente adatto all'approccio didattico all'insegnamento/apprendimento delle MH, per la loro intrinseca natura metodologica, cioè per la loro finalità a contribuire alla crescita educativa globale e armoniosa di tutti i professionisti della salute; questa non è solo crescita di conoscenze in specifici ambiti disciplinari, ma è piuttosto capacità di applicare tali conoscenze nell'esercizio professionale che per l'appunto coincide – come ogni attività professionale adulta – nella continua soluzione di problemi in parte nuovi e in parte ricorrenti anche se quasi sempre con connotati parzialmente differenti.

Ancora una volta mi aspetto a questo punto il sorriso di autorevoli Colleghi, che con benevola perfidia mi chiedono: come potranno i discenti applicare conoscenze che ancora non possiedono, se qualcuno – cioè il docente competente – non le avrà loro somministrate? E la mia altrettanto benevola e sorridente risposta è la seguente: i nostri studenti sono persone adulte, in genere dotate d'intelligenza vivace e quindi capaci di apprendere in modo autonomo, purché siano validamente motivate a farlo e aiutate – ma non indottrinate – nell'acquisizione delle conoscenze necessarie.

Certamente tutto ciò non può essere un processo spontaneo, né frutto di approssimazione o d'improvvisazione; al contrario, vorrei dire che richiede una pianificazione e una preparazione spesso più accurata e faticosa della preparazione di alcuni corsi disciplinari di lezioni. E allora, forse un po' presuntuosamente, mi permetto di avanzare una proposta concreta e articolata che potrebbe essere offerta alla fruizione collaborativa di tutti i Corsi di Laurea in Scienze della salute che vogliono imbarcarsi in questa avventura.

### **Una proposta concreta (e un po' provocatoria)**

Il nucleo portante dell'insegnamento/apprendimento delle MH nelle nostre Facoltà – per tutti i Corsi di Laurea in Scienze della salute – potrebbe essere costituito da una serie di 20-30 casi-problemi su tematiche affrontabili sulla base di conoscenze di pertinenza delle Scienze Umane (Antropologia, Bioetica ed Etica clinica, Psicologia, Epistemologia, Filosofia, Logica, Economia sanitaria, Letteratura, Cinema, Arti, Pedagogia, ecc.); va detto che tali casi-problema sono già in gran parte disponibili nell'archivio della Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM) e potrebbero essere messi a disposizione di tutti coloro che lo desiderano mediante la loro pubblicazione sul sito web della Società.

Certamente non basta disporre dei casi, ma bisogna anche mettere mano a un'operazione di pianificazione, che peraltro – una volta effettuata – richiederebbe solo interventi periodici di "manutenzione".

La pianificazione iniziale richiede almeno altre due tappe:

- la verifica dell'adeguatezza dei casi-problema in relazione agli obiettivi didattici specifici che si riterranno pertinenti per il *core curriculum* delle Scienze umane (obiettivi probabilmente uguali per tutte le professioni sanitarie);
- la preparazione per ogni caso-problema della traccia di discussione correlata agli obiettivi didattici, nonché della bibliografia necessaria per sostanziare di contenuti adeguati l'apprendimento attivo in piccolo gruppo, completato dallo studio individuale; la scelta della bibliografia risulta essenziale per conferire valore effettivo all'apprendimento delle MH; deve essere non troppo ampia, ma in compenso può essere di varia natura (potrebbero per esempio rientrare nella bibliografia citazioni sia letterarie che cinematografiche, per supportare la formazione cognitiva con l'apporto narrativo e con le componenti psico-emotive a questo connesse.

Sarebbe auspicabile che a questo lavoro preparatorio si dedicassero con un encomiabile sforzo collaborativo tutti coloro che nel nostro Paese hanno interesse a rendere efficace l'educazione alle MH nelle nostre Facoltà; si tratterebbe in altri termini di preparare una sorta di *Antologia delle Medica Humanities*, che potrebbe rappresentare un sussidio didattico comune per quanti lo vogliano liberamente utilizzare; potrebbero farsene promotrici le Conferenze permanenti dei Presidenti di Corso di Laurea in Scienze della salute, eventualmente con la consulenza pedagogica della SIPeM.

L'organizzazione locale dell'apprendimento per problemi non deve spaventare, perché può probabilmente bastare la discussione in piccolo gruppo di tre o quattro casi-problema per anno, opportunamente scelti in base agli obiettivi didattici e collegati ad altre attività didattiche tradizionali, per mettere gli studenti nelle condizioni di affrontare anche con un approccio personale e interattivo di natura problematica gli elementi educativi delle MH essenziali alla formazione dei professionisti della salute.

Certamente non è semplicissimo organizzare attività tutoriali di questo genere soprattutto quando il numero di studenti è elevato, ma il numero limitato dei casi-problema, sia pure affrontati a rotazione da molti gruppi di studen-

ti, è praticabile perché può essere distribuito nell'arco dell'intero anno accademico.

In compenso un tale approccio ha la configurazione "trasversale" che mi sembra coerente – come ho precedentemente argomentato – con la natura delle MH; avrebbe inoltre il vantaggio di sottrarre l'insegnamento delle Scienze umane al monopolio di singoli docenti, in particolare di quelli che, con titolarità specifica ma differente da sede a sede, vantano competenza su una delle discipline che rientrano nelle Scienze umane (in una sede il docente di bioetica, in un'altra lo storico della medicina, in un'altra ancora il docente di antropologia o di educazione sanitaria o di sociologia o di economia sanitaria...).

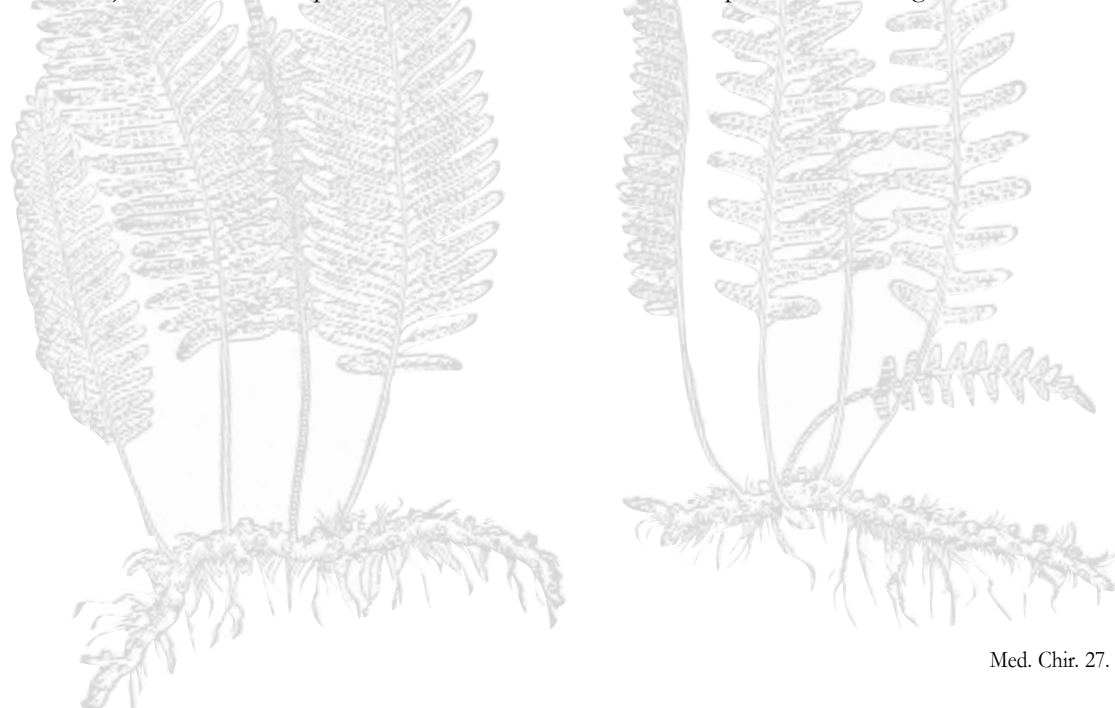
È pur vero che è indispensabile l'opera di un coordinatore per organizzare un'attività didattica che presenta un particolare grado di complessità, in quanto – come quasi dovunque si è affermato – dovrebbe coprire longitudinalmente tutti gli anni del Corso di Laurea e può utilmente affiancare alla didattica tutoriale anche altre varie e differenti offerte didattiche più o meno tradizionali (conferenze, letture, seminari, tavole rotonde, ecc.); per tutta questa serie di considerazioni probabilmente il ruolo di coordinatore delle MH potrebbe essere ricoperto in modo funzionale dal Presidente del Corso di Laurea, cosa tutt'altro che scandalosa se si considera che in fondo questo sarebbe finora l'unico corso d'insegnamento/apprendimento che può presentarsi nelle nostre Facoltà di Medicina con caratteristiche reali d'integrazione sia verticale che orizzontale.

L'offerta pubblica del materiale didattico (casi-problema, tracce di discussione, bibliografia, ecc.), risulterebbe probabilmente di aiuto

per molti Corsi di Laurea che incontrano qualche difficoltà nell'organizzare iniziative formative riguardanti le MH e inoltre favorirebbe un certo grado di omogeneità dell'approccio didattico e pedagogico nelle varie sedi.

Ciò senza tuttavia incrinare il principio e il valore dell'autonomia didattica, perché l'apprendimento per problemi in piccolo gruppo non configgerebbe con le altre iniziative didattiche locali; sono stati pubblicati negli ultimi anni parecchi progetti didattici che prevedono la temporizzazione delle tematiche di MH nei vari anni di corso, in modo coerente con il procedere degli altri insegnamenti curricolari; la logica sottesa a tali progetti non viene turbata dall'approccio per problemi, che anzi può e deve attingere apporti di contenuto anche dalle iniziative di disseminazione delle conoscenze, per l'appunto capaci di fornire il substrato culturale all'apprendimento per problemi.

In conclusione, ritengo che si possa rispondere affermativamente al quesito che si è posto come titolo di questo contributo: oso affermare che le MH debbono essere apprese dai nostri studenti e possono essere insegnate; tuttavia, a mio avviso, l'efficacia del loro apprendimento dipende grandemente dal modo in cui sarà attuato il loro insegnamento; proprio per la natura intrinsecamente problematica delle MH, sono convinto che per un loro apprendimento utile, l'insegnamento deve rispettare questa natura e quindi deve essere a sua volta problematico; ciò per non correre il rischio concreto di rappresentare per gli studenti l'ennesima serie di nozioni teoriche da memorizzare su indicazioni più o meno dogmatiche.



## L'Attività Didattica Elettiva interfacoltà

Guglielmo Borgia (Napoli)

L'Attività Didattica Elettiva (ADE) costituisce parte integrante del curriculum formativo dello studente secondo quanto previsto dalla Nuova Laurea Specialistica (15 crediti su 360).

La peculiarità dell'ADE consiste nella possibilità da parte dello studente, fin dai primi anni del Corso di Laurea, di scegliere autonomamente delle attività, così da assecondare inclinazioni, propensioni, interessi personali realizzando quindi nel corso degli anni la personalizzazione del *curriculum*. Le ADE sono strumento prezioso anche per i Docenti che possono fornire ai Discenti un importante contributo alla loro crescita, attingendo alle loro migliori esperienze professionali ed umane.

Un corretto utilizzo delle ADE dovrebbe conciliare l'esigenza di una più larga formazione culturale con la formazione specialistica dello studente. Ciò è divenuto ancora più attuale con le recenti disposizioni di legge che assegnano punteggi alle ADE (intese sia come corsi monografici che come internati clinici e di laboratorio universitari in sedi italiane o estere) ai fini dell'accesso alle Scuole di Specializzazione. Pertanto, anche alla luce dei notevoli mutamenti culturali e sociali provocati dalla informatizzazione, è stato proposto, da alcuni anni, l'Istituzione di una Banca Nazionale ADE. Tale strumento consentirebbe agli studenti di scegliere e frequentare ADE in una sede diversa da quella dell'Università di origine. I Docenti potrebbero a loro volta allargare i propri orizzonti didattici. In tal modo aumenterebbe la concorrenza e la competenza con l'offerta di ADE di livello qualitativo maggiore.

Ciò premesso e considerando l'importanza di tale aspetto, verso cui la Conferenza dei Presidenti ha mostrato una notevole sensibilità, è stato iniziato un percorso culturale e didattico per rendere operativo lo strumento delle ADE interfacoltà. In realtà esistono numerosi modi per portare a termine tale progetto. Innanzitutto sarebbe opportuna una fase iniziale sperimentale per "rodare" il sistema delle ADE interfacoltà nonché valutare l'attenzione di Docenti e Studenti verso tale aspetto. Il modo migliore per utilizzare al meglio tale strumento in questa fase sperimentale, considerando anche la limitatezza del tempo che gli studenti possono dedicare a tale attività (presi come sono anche dalle altre forme di attività didattica e soprattutto dalle prove di verifica!), potrebbe essere attraverso la formazione a distanza *on line* in forma "blended", che prevede l'integrazione della formazione in aula e *on-line*.

Ne deriva che, allo stato attuale, si prevede di rendere disponibili e concretamente fruibili solo alcune

forme di ADE (come ad es. corsi monografici). Durante tale fase sperimentale saranno fruibili a distanza solo un numero limitato di ADE cui parteciperanno singoli Docenti o gruppi di Docenti eventualmente di diverse Facoltà; sarebbe auspicabile introdurre, solo in tale periodo sperimentale, un numero massimo di ADE per facoltà (ad es. 3) fruibili *on-line*.

Altro aspetto riguarda le modalità di fruizione delle ADE interfacoltà *on line* potrebbe attuarsi mediante



TRIFOGLIO A

l'utilizzo di software già utilizzati in altri tipi di formazioni a distanza come il *Dynamic Virtual Learning Network* (DVLN).

In tale ottica è stata formulata una versione sperimentale specificamente orientata alla didattica elettiva interfacoltà *on-line* (<http://elearning.medicina.unina.it/ADE>).

Una tale sperimentazione permetterebbe di creare un tipo di didattica "nuovo" che potrebbe costituire un formidabile e moderno strumento per allargare le conoscenze e il bagaglio di esperienza di Discenti e Docenti.

Allo stato attuale il sistema DVLN per le ADE interfacoltà consente (parzialmente per il momento)

di ricreare e se possibile migliorare l'interazione classica Docente-Studente basata sulla presenza fisica di entrambi nello stesso posto. Mediante tale versione del DVLN è possibile infatti una serie di azioni in automatico: l'iscrizione e l'autorizzazione per gli Studenti a far parte della "classe virtuale"; l'immissione di nuovi Docenti che fanno parte dell'ADE; la descrizione di moduli, la visualizzazione dei *curricula* di Docenti e Studenti; l'invio (in automatico con un solo click) di messaggi da posta elettronica a tutta l'aula, agli altri Docenti e a gruppi o singoli Studenti; la generazione e la gestione di *forum di discussione* su vari argomenti; la risposta alle domande degli studenti; l'immissione in rete di materiale da scaricare (diapositive, testo, etc.) o quiz a risposta multipla per l'autovalutazione degli studenti; l'inserimento di messaggi alla bacheca virtuale del sito; la creazione di un dizionario specifico; creare e gestire l'apprendimento per problemi (PBL), la gestione di *brainstorming* di questionari su carta di Likert, di *critical thinking* etc. I docenti coordinatori di una ADE interfacoltà a distanza possono decidere di utilizzare solo una parte delle funzioni attualmente disponibili. Altre potrebbero essere sviluppate per soddisfare esigenze che dovessero emergere nel corso della sperimentazione.

Naturalmente questo è soltanto il primo passo verso la formazione a distanza che va certamente potenziata. Per far ciò tuttavia sarebbero necessarie alcune condizioni come la creazione di staff specificamente dedicati alla diffusione della "cultura" della formazione a distanza, una qualche forma di incentivo per i Docenti che vi si dedicano, la modifica della normativa vigente per valorizzare la formazione a distanza ed infine lo sviluppo di un'area di ricerca scientifica sui modelli di formazione a distanza e di apprendimento.

*Si ringrazia il Prof. Umberto Giani per la preziosa collaborazione*

#### **Bibliografia**

- 1) G. Borgia. Linee guida per la costruzione dell'attività didattica elettiva. *Med Chir* 2002; 19: 720-722.
- 2) U. Giani *Reti dinamiche di apprendimento a distanza*, Liguori Editore, Napoli 2004.

## L'integrazione degli insegnamenti nel Corso di laurea in Medicina e Chirurgia: un'analisi preliminare

Alessandro Lechi (Verona)

L'interazione tra corsi di insegnamento distinti nell'ambito del Corso di Laurea in Medicina (CLM) è sempre stata sentita come un'esigenza prima di tutto didattica, ma anche organizzativa, da tutti i docenti consapevoli di essere inseriti in un percorso formativo e di non essere quindi delle "isole" autonome, molto spesso sostenute da un male inteso concetto di libertà didattica. L'interazione, sinonimo di cooperazione, prevede obbligatoriamente un coordinamento e in questo senso la stessa istituzione dei CLM risponde a questa esigenza primaria. Un passo successivo è stato il passaggio dalla interazione alla integrazione, ossia ad una collaborazione strutturata ed eventualmente istituzionalizzata, processo che, giova ricordarlo, tra i tanti effetti positivi ha avuto anche quello di ridurre il numero degli esami, ancora tuttavia troppo numerosi se confrontati con altri Paesi europei.

Alcune di queste integrazioni sono ormai storiche e presenti in un elevato numero di sedi italiane, quali ad esempio i corsi integrati di Sanità Pubblica tra Igiene, Medicina Legale e Medicina del Lavoro, o quelli di Medicina Sistemica tra le varie materie specialistiche mediche e chirurgiche. Il concetto di integrazione non deve però essere inteso come un processo vincolante, esportabile in ogni realtà, e definitivo. Pragmaticamente esso andrebbe ridefinito nel tempo, verificando la sua bontà ed efficacia e soprattutto andrebbe adattato alle risorse ed alle caratteristiche specifiche delle singole realtà. Ciò detto, tuttavia, si dovrebbe anche ammettere che un modello basato su solide basi concettuali e verificato in altre sedi potrebbe essere comunque sperimentato nella speranza che lo strumento (il modello appunto) possa indurre comportamenti virtuosi nei docenti che si impegnano ad attuarlo.

Credo non ci sia bisogno di evidenziare la stretta interrelazione esistente tra i progetti di integrazione e lo strumento del *core curriculum* messo a punto in questi anni ed anch'esso sottoposto a continue verifiche e correzioni. Con lo scopo di affrontare in maniera organica il problema, è stata istituita una commissione della Conferenza dei CLM costituita, da Amos Casti, Antonio Gaddi, Pietro Gallo, Flavia Petrini, Luciano Vettore e da chi scrive. Di fondamentale importanza ci è sembrato in primo luogo stabilire una chiara definizione dei criteri in base ai quali si può prefigurare ed attuare una corretta integrazione. Pertanto mi sembra opportuno riproporre alcuni punti estratti da un articolo di Pietro Gallo *et al.* (MedChir 2003; 21: 805-809) ed in primo luogo i criteri per la realizzazione di un corso integrato.

Occorre richiamare alla mente che l'integrazione

didattica multi-disciplinare si realizza schematicamente attraverso due modalità: l'integrazione trasversale tra materie collocate nello stesso anno accademico o nello stesso trimestre e tra loro spesso complementari ma non necessariamente o solo parzialmente affini sul piano dottrinale (ad esempio Igiene e Medicina Legale, oppure Metodologia Clinica e Medicina di laboratorio) e l'integrazione longitudinale (o "verticale") tra materie che presentano una base dottrinale comune ma lontane sul piano applicativo (ad esempio Fisica e Oculistica o Fisica e Cardiologia).

Sul piano operativo, l'integrazione dovrà attuarsi secondo tre criteri, che corrispondono anche a tre fasi distinte: a) la pianificazione; b) l'esecuzione sul campo; c) la valutazione. Limitandomi ai primi due punti, riporto alcuni capoversi dell'articolo suddetto.

### *Pianificazione*

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

*In fase di programmazione del curriculum è necessario prevedere tanto integrazioni trasversali che longitudinali. Le integrazioni trasversali sono tra discipline usualmente presenti nel medesimo semestre, che vengono coordinate nell'ambito del medesimo corso, o sulla base di una sostanziale parità (ad esempio, un corso integrato di Anatomia e Fisiologia umana) o affiancando ad una disciplina leader le necessarie ed opportune integrazioni (ad esempio un corso di Patologia integrata nel quale alla disciplina leader, ad esempio la Cardiologia, si aggiungono la Chirurgia cardiaca e vascolare, la Semeiotica, l'Anatomia patologica sistematica, la Medicina di laboratorio, la Farmacologia e la Radiologia). L'integrazione longitudinale consiste nell'inserimento in un corso di base di un trigger dinamico (ad esempio l'Istopatologia nel corso di Istologia ed Embriologia, o la Genetica medica nel corso di Biologia e Genetica), o nella collocazione in un corso dinamico di un richiamo di scienze di base (ad esempio la collocazione di crediti di Anatomia umana nel corso di Patologie degli Organi di Senso).*

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

*Anche per la pianificazione del corso integrato occorre evidentemente partire dall'analisi dei contenuti, o meglio delle competenze conoscitive, operative e relazionali che il singolo corso deve trasmettere. Per quanto attiene alle competenze conoscitive,*

occorre partire dal core curriculum ed individuare un numero limitato di unità didattiche complesse (UDC: ad esempio, la cardiopatia ischemica) tra le quali ripartire i crediti attribuiti al corso. Successivamente occorre articolare ogni singola UDC in unità didattiche elementari.....

#### Esecuzione sul campo

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

Sulla base di queste premesse, ci è sembrato di individuare la principale finalità della nostra indagine che è quella di fornire un documento di riferimento come "repertorio di esperienze" utilizzabile per richieste di informazioni, confronto di esperienze, suggerimenti, indicazioni utili alle Commissioni locali per le equipollenze. La metodologia seguita è consistita nel richiedere alle singole sedi di segnalare integrazioni già operative o, in mancanza di specifiche indicazioni, di fornire gli ordinamenti degli studi per cercare di desumerle da questi. L'analisi degli ordinamenti avrebbe potuto consentire un tentativo di evidenziare "nuclei di aggregazione". Dal confronto di questi si sarebbe poi cercato di identificare alcuni paradigmi.

Questo modo di procedere, chiaramente molto pragmatico e per tentativi, si può prestare a numerose e più che legittime critiche, ma è parso al momento l'unico possibile vista la grande eterogeneità della materia da analizzare e le notevoli disuguaglianze osservabili nelle varie sedi per i motivi citati all'inizio e in gran parte di tipo storico e contestuale. Ad accrescere il carattere sperimentale e preliminare di questa operazione sono stati individuati nuclei e modalità di integrazione del tutto arbitrari e basati sul più frequente riscontro nella realtà analizzata. A questi è sembrato utile affiancare la descrizione di situazioni che non possono essere definite integrazioni, ma collocazioni non tradizionali di alcune importanti materie di insegnamento, collocazioni anticipate o posticipate rispetto allo schema usuale del percorso formativo. In effetti, alcuni di questi spostamenti sono da ricondurre a forme di integrazione longitudinali (vedi tabella 1). Per tutti questi motivi, si deve osservare che questo elenco risponde ad un criterio di classificazione obbligatoriamente misto.

#### Commento

Un primo punto da sottolineare è che i dati elaborati riguardano all'incirca il 60% delle sedi e pertanto si tratta di dati parziali. Alcune sedi appaiono ampiamente integrate lungo tutto il percorso formativo

(Roma Sapienza e Campus, per esempio) o nel primo triennio (Udine). Le integrazioni tra Biochimica e materie specialistiche cliniche, tipicamente l'Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, o tra la Fisica e la Fisiologia sono molto rare, mentre più spesso si osservano integrazioni tra Anatomia e Fisiologia o tra Anatomia ed alcune materie cliniche specialistiche, quali l'Ortopedia e la Neurologia, oltre naturalmente la Radiologia.

Un'integrazione riscontrabile con una certa frequenza è quella tra Genetica, e più probabilmente Genetica Medica e Medicina Interna, Pediatria e Ginecologia. Si tratta di un'aggregazione molto logica e probabilmente perseguita da tempo.

In molte sedi vengono anticipati al primo anno di corso, in altri casi tra il primo e il terzo, materie di Sanità Pubblica e soprattutto Igiene e Medicina del Lavoro (ma non Medicina Legale) talora affiancate a Psicologia Generale o Psicologia Clinica, a Scienze Umane e Storia della Medicina, Introduzione alla Medicina, Deontologia e Etica Medica, ecc. Tutte queste anticipazioni, più o meno integrate tra loro, sembrano rispondere ad un'esigenza di presentare molto precocemente allo studente problemi specifici della Medicina pratica e di tipo relazionale accanto a materie squisitamente di base (Biologia, Chimica, Fisica, ecc.) che tradizionalmente occupano per inte-

1. Anatomia Normale con Fisiologia o con materie cliniche
2. Fisica, Biochimica o Fisiologia con materie cliniche specialistiche
3. Genetica con Medicina Interna, Pediatria o Ginecologia
4. Anticipazioni di Scienze Umane, Psicologia, Igiene, Medicina del lavoro al primo o secondo anno
5. Aggregazioni "attorno" alla Metodologia Clinica
6. Integrazioni riguardanti la Farmacologia
7. Anatomia Patologica con le Cliniche
8. Integrazioni riguardanti la Ginecologia
9. Integrazioni tra Medicina e Chirurgia
10. Integrazioni riguardanti l'Oncologia

Tab. 1 - Tipi principali di integrazioni "orizzontali" e "verticali" e anticipazioni o posticipazioni rispetto agli schemi tradizionali.

ro il primo anno di corso. Questo dimostra, a mio avviso, quanto sia sentita la necessità di ripensare radicalmente il problema del primo anno del nostro CL.

In poche sedi la Farmacologia appare in corsi integrati di materie cliniche, ad esempio Neurologia e Psichiatria. Anche la Farmacologia Clinica non sembra trovare spazi specifici. E' tuttavia probabile che questo dato sia largamente parziale. Al contrario, un'integrazione molto frequente e ormai possiamo considerare tradizionale è quella tra Anatomia Patologica e Patologia Sistemica o, meno frequente-

mente, Metodologia Clinica. Più rare altre integrazioni dell'Anatomia Patologica con materie cliniche degli ultimi anni, quali Neurologia, ma soprattutto Oncologia e Ginecologia. Quest'ultima materia occasionalmente risulta aggregata a Embriologia, Genetica, Endocrinologia e Urologia.

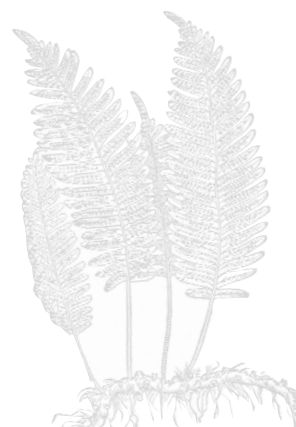
La Medicina Interna e la Chirurgia possono trovare due sedi più tipiche di integrazione: in primo luogo a livello di Patologia Sistemica, come in realtà spesso avviene spesso tra materie specialistiche (ad esempio, Cardiologia e Cardiocirurgia, Nefrologia e Urologia, ecc.), in secondo luogo, più raramente, tra Medicina interna e Chirurgia generale negli ultimi due anni. In quest'ultimo contesto è soprattutto l'oncologia che costituisce un importante elemento di collegamento talvolta anche con la diagnostica per immagini e la radioterapia.

### Conclusioni

Una prima osservazione su questa analisi iniziale riguarda i suoi limiti metodologici. Da questi nasce infatti il dubbio che molti dei documenti esaminati non rispecchino la realtà: probabilmente vi sono molte aggregazioni non censite (che in qualche modo

potremmo considerare come dei "falsi negativi"), ma anche alcune soltanto apparenti perché non realizzate che sulla carta (che in qualche modo potremmo quindi considerare come dei "falsi positivi"). Pertanto, se si dovesse proseguire in questa analisi, è essenziale che ogni sede accompagni il proprio ordinamento con indicazioni e commenti specifici per cercare di ovviare a questo limite. Inoltre, per facilitare questo lavoro appare evidente la necessità che gli ordinamenti vengano espressi in un formato relativamente uniforme, completo e comprensibile, quindi confrontabile.

E' indispensabile che questa indagine venga poi posta in collegamento con i resoconti delle *site visit* per capire meglio come e quanto funzionano le aggregazioni esistenti. Sul piano operativo, appare necessario completare per quanto possibile la raccolta del materiale da parte delle sedi mancanti per aggiornare e correggere il documento. Nello stesso tempo è indispensabile ottenere specifiche documentazioni su "nuclei di aggregazione" già operanti e ritenuti particolarmente significativi e verificare, con l'aiuto delle singole sedi, la correttezza dell'analisi che è stata sinora per forza di cose imprecisa e parziale.



# Archivio e pagina web della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CCLM in Medicina e Chirurgia

Amos Casti (Parma)

L'Osservatorio Permanente è stata una felice intuizione di Luigi Frati e trovò una puntuale e rigorosa applicazione nelle importanti inchieste del compianto Sergio Curtoni, che all'avvio della prima applicazione della "nuova Tabella XVIII" (primi anni novanta del secolo scorso), ritenne necessario monitorare le scelte delle varie Sedi all'avvio del nuovo ordinamento didattico, i risultati di provvedimenti innovatori (corsi integrati) e le conseguenze negative sul percorso degli studenti a causa di alcuni esami resi particolarmente ostici solo in alcune Sedi.

Dopo questa prima fase iniziale di assestamento del percorso formativo, la Conferenza si è arricchita di nuove ed importanti competenze pedagogiche (si affermano una nuova disciplina, la Pedagogia medica e la relativa Società scientifica) che hanno profondamente influenzato numerosi Presidenti, diventati a loro volta portatori di innovazioni e soluzioni avanzate nelle diverse Sedi.

Al raggiungimento del 20° anno di vita della Conferenza e al compimento di un percorso che ha coinvolto negli anni tanti talenti, è apparso opportuno proporre un archivio ed un sito web per la raccolta e la conservazione di tutti i documenti prodotti, la cui conoscenza è premessa indispensabile per ogni nuova realizzazione o progettazione.

Archivio e sito si pongono quindi gli obiettivi di assicurare la consulenza e la fruibilità dei documenti che la Conferenza ha in questi anni diffuso e di fornire, attraverso un continuo aggiornamento, uno strumento completo ed efficace di informazione e di comunicazione, utile a tutti coloro che operano nell'organizzazione didattica.

Abbiamo collocato tale archivio in una pagina web per permettere a tutti una sua facile consultazione ed una agevole trasmissione delle informazioni, delle idee e dei progetti; la pagina è in via di completamento ed è raggiungibile all'indirizzo:  
[www.ConferenzaPresidentiMedicina.it](http://www.ConferenzaPresidentiMedicina.it).

La pagina web comprende quattro campi: 1) la Conferenza, 2) le Sedi locali dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, 3) le *Medical Humanities*, 4) l'Area per gli Studenti.

1. **L'area della Conferenza** è suddivisa in: Composizione, Atti della Conferenza, i Lavori della Conferenza, la nostra rivista Medicina e Chirurgia

## 1.1 COMPOSIZIONE

Questo punto riporta tutte le notizie ed informazioni relative a: Presidente della Conferenza, Direttivo e Segreteria, Membri della Conferenza, i precedenti Presidenti delle varie Sedi, il Past-President della Conferenza, i Presidenti onorari, lo Statuto della Conferenza, il Manifesto di Intenti.

## 1.2 ATTI DELLA CONFERENZA

Questo punto del menù rappresenta il corpo centrale dell'archivio della Conferenza, dovendo contenere tutti gli elaborati, le proposte, i documenti, i progetti e le deliberazioni relative alle iniziative didattiche e agli strumenti necessari per realizzarle.

1.2.1 *Documenti*: alcuni esempi di documenti già elaborati dalla Conferenza sono a) *Core curriculum*, b) Autovalutazione del Corso di Laurea; c) *Site visit*; d) Accesso a Medicina; e) Valutazione obiettiva e strutturale della competenza clinica (OSCE); f) il Tirocinio valutativo dell'Esame di Stato; g) Indagine sull'applicazione del nuovo ordinamento didattico; h) Attività Didattiche Elettive; i) Regolamento del Corso di laurea

1.2.2 *Lettere del Presidente agli organi istituzionali*

1.2.3 *Mozioni ed atti*

## 1.3 I LAVORI DELLA CONFERENZA

Fin dai suoi inizi, la Conferenza ha operato contando sulla disponibilità dei Presidenti ad affrontare gli argomenti e le problematiche con gruppi di lavori, agendo talvolta anche in sinergia fra loro. Questo sistema è stato recentemente modificato con l'istituzione di Aree Operative, ognuna di esse, sotto la guida di un Coordinatore e di un Consulente, comprende più gruppi di lavoro a capo dei quali è posto un responsabile. Tale organizzazione ha il pregio di coinvolgere la gran parte dei Presidenti ed avvalersi di importanti e specifiche competenze.

1.3.1 *Aree Operative*: a) Progettazione e programmazione didattica; b) Relazione Università/Territorio; c) Ragionamento medico-scientifico; d) Valutazione; e) Servizi operativi

1.3.2 *I lavori della Conferenza, delle Aree Operative e dei Gruppi di Lavoro*

1.3.3 *I verbali delle Riunioni* della Conferenza, delle Aree Operative e dei Gruppi di Lavoro

1.3.4 *I prossimi appuntamenti*

1.3.5 *Le Riunioni congiunte Presidi e Presidenti*

## 1.4 LA RIVISTA MEDICINA E CHIRURGIA

Compare nel 1989 con il nome di "75012 Medicina e Chirurgia. Quaderni della Conferenza Permanente

dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia". Per comprenderne lo spirito con cui è sorta ed ha sempre operato fino ad ora, riporto la presentazione fatta da Luigi Frati al primo numero uscito: "Inizia con questo numero "zero" la diffusione di un Bollettino sui problemi delle Facoltà di Medicina ed in particolare del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. La Conferenza dei Presidenti ritiene questo uno strumento utile per informare, dibattere, affrontare insieme le difficoltà rappresentate dall'applicazione del nuovo ordinamento didattico, nonché le nuove metodologie educative, i rapporti con gli altri Corsi di Laurea e l'inserimento del nostro sistema formativo nel contesto europeo. Sono temi questi che verranno ampiamente dibattuti attraverso la pubblicazione di documenti generali e di contributi di esperti o di chi voglia comunque far conoscere idee proprie, suggerimenti, critiche. Non abbiamo altra pretesa se non quella di rendere un servizio e di informare correttamente e con tempestività, convinti che ciò costituisca il presupposto necessario per migliorare, per quanto è nelle nostre possibilità, l'Università italiana"

- 1.4.1 *Comitato editoriale*
- 1.4.2 *Istruzioni per gli Autori*
- 1.4.3 *I numeri della rivista*

## 2. Le Sedi dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Con questa iniziativa si intende costituire un circuito virtuoso che permetta di trasmettere, diffondere e mettere in discussione tutte le iniziative didattiche attuate nelle varie Sedi, rappresentando in questo modo uno stimolo alla competizione e al miglioramento della qualità della didattica in tutti i Corsi di Laurea, nella prospettiva del loro accreditamento. Questo campo comprende:

### 2.1 LA DIDATTICA

- 2.1.1 *Valutazione dell'efficienza ed efficacia didattica*
- 2.1.2 *Piano degli Studi, comprendente tutti i Corsi Integrati e i CFU ai Settori Scientifico-Disciplinari*
- 2.1.3 *Programmazione dei Corsi Integrati*
- 2.1.4 *Integrazione didattica, didattica pratica e tirocinio*
- 2.1.5 *Attività formativa professionalizzante*
- 2.1.6 *Tutorato*
- 2.1.7 *Esame di laurea*

### 2.2 NORME E REGOLAMENTI

- 2.2.1 *Regolamento del Corso di Laurea*
- 2.2.2 *Guida dello Studente*
- 2.2.3 *Medicina Generale e del Territorio, provvedimenti e convenzioni*
- 2.2.4 *Esame di Stato*
- 2.2.5 *Offerta formativa e Piano di fattibilità*

### 2.3 AMMISSIONE AL CORSO DI LAUREA

- 2.3.1 *Risultati della prova di ammissione*
- 2.3.2 *Manifesto degli studi e criteri di accettazione degli studenti*
- 2.3.3 *Attività diverse finalizzate alla formazione dello studente: percorsi, recupero, debito formativo*
- 2.3.4 *Numero programmato*

### 2.4 RECAPITI

- 2.4.1 *Presidenza*
- 2.4.2 *Presidente del Corso di Laurea*
- 2.4.3 *Segreteria Studenti*
- 2.4.4 *Servizio Orientamento*

## 3. Le Medical Humanities

Riportano argomenti, documenti e pubblicazioni relative a:

- 3.1 *BIOETICA*
- 3.2 *STORIA DELLA MEDICINA E FILOSOFIA DELLA SCIENZA*
- 3.3 *LETTERATURA*
- 3.4 *EPISTEMOLOGIA*

## 4. Area degli Studenti

Assieme ad altre proposte da concordare, è previsto:

- 4.1 *PROPOSTE*
- 4.2 *FORUM*
- 4.3 *COMMISSIONE PARITETICA*

In conclusione, con l'avvio di questa iniziativa la Conferenza intende fornire un'immagine completa di tutte le sue attività e dei documenti prodotti in questo ventennio di vita, e di tutto quello che verrà prodotto negli anni venturi, assieme a tutte le iniziative e provvedimenti delle varie Sedi, per avere a disposizione uno strumento che fornisca alle Autorità Accademiche e Politiche, Presidenti, Docenti, e Studenti gli elementi essenziali per affrontare e risolvere qualsiasi problema inerente la didattica ed il percorso formativo dello Studente, con l'intento di rimettersi sempre in discussione e raggiungere quel livello di qualità che la società italiana ed il contesto europeo ci richiedono.

# Progettare e realizzare i nuovi corsi per le Lauree Specialistiche di area sanitaria: l'esempio dell'insegnamento delle discipline pedagogiche

Lucia Zannini (Milano-Bicocca)

## L'imprescindibile punto di partenza: le competenze attese

Questo intervento rappresenta una prima ipotesi di lavoro sull'insegnamento della pedagogia nelle Lauree Specialistiche (LS) di area sanitaria, già presentata a Parma alla Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni sanitarie il 3 aprile 2004. Si propongono alcune "piste" da utilizzare nella progettazione didattica dei corsi relativi alle discipline pedagogiche, progettazione che poi ovviamente ciascun Ateneo è andato/andrà ad articolare in modo originale, coerentemente con il principio dell'autonomia che regola attualmente l'Università italiana.

La riflessione sull'insegnamento delle discipline pedagogiche nelle LS è costruita a partire dalle *competenze attese* (che sono ovviamente legate ai compiti professionali), articolando poi i *contenuti*, i *quadri teorici* di riferimento, le *integrazioni* auspicabili con altri insegnamenti e i *metodi* d'insegnamento che si ritengono da privilegiare per l'acquisizione di tali competenze. Benché il discorso sia qui sviluppato a partire dall'insegnamento di una disciplina specifica, la pedagogia, crediamo che esso possa essere utilizzato anche come *percorso metodologico* per la costruzione *ex novo* di un insegnamento della LS. Naturalmente, il punto di partenza nella progettazione di qualsiasi insegnamento nelle LS non può che essere dato dalle varie Tabelle delle Lauree Specialistiche di Area Sanitaria proposte dalla Conferenza, che derivano dal Decreto del 2 aprile 2001. In tali Tabelle – la cui stesura si è basata, com'è evidente, sull'analisi del bisogno di salute e sulle risposte che a esso devono dare i professionisti sanitari laureati – è stata prevista in modo abbastanza uniforme la presenza di un insegnamento di "Scienze della formazione" (fatta eccezione per la Laurea Specialistica in Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione, in cui la denominazione è diversa e ci sono due corsi di discipline pedagogiche). Abbiamo osservato che anche il numero di crediti attribuiti nelle varie proposte a questo insegnamento di area pedagogica è abbastanza omogeneo, variando da 6 a 9 crediti, con la punta dei 13.5 crediti delle professioni della prevenzione, che però,

<sup>1</sup> È evidente che tale analisi non può che essere prospettica, in quanto attualmente in Italia non esistono ancora laureati con laurea specialistica nelle professioni sanitarie (fatta eccezione per medici e odontoiatri).

<sup>2</sup> Questa domanda per le discipline scientifiche si traduce in "Quali i concetti chiave (*key concepts*)?"

come si è già detto, hanno due corsi di discipline pedagogiche. Una prima osservazione da fare, rispetto ai vincoli tabellari, è che anche se è presente un unico insegnamento di Scienze della formazione, questo non impedisce di articolarlo in più moduli, che possono essere *distribuiti anche in semestri diversi*, alla luce delle integrazioni con altri insegnamenti che si ritiene utile attuare.

## Alcune domande da porsi nella progettazione dei corsi (di area pedagogica)

A partire da un'analisi prospettica<sup>1</sup> delle competenze educative attese da un laureato con LS nelle varie professioni sanitarie, si è ritenuto opportuno, nella progettazione dei corsi di area pedagogica, rispondere alle seguenti domande:

1. Quali i *contenuti* inerenti le discipline pedagogiche (M-PED/01 e 03) pertinenti ai bisogni formativi delle Lauree Specialistiche di Area Sanitaria?
2. Quali i *quadri teorici*, i *costrutti* di riferimento per affrontare i contenuti individuati?<sup>2</sup>
3. Quali le *integrazioni* auspicabili con altri ambiti disciplinari/insegnamenti?
4. Quali le *metodologie di insegnamento* da privilegiare?

È evidente che, nel caso specifico, questi contenuti non vanno ricavati dall'indice di un libro di pedagogia, ma vanno individuati a partire dal profilo professionale e dall'analisi dei compiti che richiedono un'attività educativa, cioè un'attività che possiamo dire generalmente volta a produrre dei cambiamenti nell'individuo o nel gruppo cui è rivolta. In mancanza di laureati di II livello, un buon punto di partenza per l'individuazione dei compiti professionali in ambito sanitario che richiedono un'attività educativa potrebbe essere l'analisi delle attività dei professionisti che attualmente svolgono funzioni di coordinamento, insegnamento e consulenza assistenziale. Questo tipo di analisi è già stata svolta, in modo orientativo, all'interno della LS in Scienze infermieristiche e ostetriche.

## L'utilizzo degli obiettivi generali delle Tabelle delle LS nella progettazione dei corsi

Analizzando gli obiettivi direttamente riconducibili a processi educativi presenti nella Tabella di suddetto corso di LS, possiamo individuare quattro grandi aree tematiche:

1. Educazione alla salute ed educazione terapeutica;
2. Progettazione della formazione di base, post base e

- permanente;
- 3. Metodologie d'insegnamento nella formazione di base, post base e permanente;
- 4. Ricerca pedagogica.

Naturalmente, queste quattro aree assumono pesi differenti nelle diverse LS, per cui è verosimile che dall'analisi dei compiti professionali nelle professioni sanitarie della prevenzione emergerà una grande rilevanza della prima area (specialmente per quanto riguarda l'educazione alla salute), mentre probabilmente quest'area sarà meno rilevante nelle professioni tecniche diagnostiche. Segnaliamo però che, in quest'ultimo caso, anche quest'area non va completamente trascurata, perché, ad esempio, questi professionisti potrebbero essere coinvolti in progetti multidisciplinari di informazione all'utenza sui servizi offerti da un determinato laboratorio, informazioni che sappiamo essere uno dei criteri considerati dalla *Joint Commission* nei processi di accreditamento delle strutture sanitarie.

L'articolazione di queste diverse aree nella progettazione degli insegnamenti delle discipline pedagogiche deve essere inoltre calibrata anche a partire dall'osservazione che alcuni studenti delle LS avranno già sviluppato nella formazione di base, nelle diverse sedi dei corsi di laurea di I livello, il tema dell'educazione alla salute e dell'educazione terapeutica. Non si deve però dimenticare che nella LS devono essere maturate *competenze avanzate*, per cui, ad esempio, si dovranno sviluppare aspetti dell'educazione alla salute che non avrebbe senso approfondire nella formazione di base (si veda la complessa tematica della valutazione degli interventi di educazione alla salute).

Abbiamo quindi individuato quattro grandi aree tematiche che avranno livelli di approfondimento e pesi diversi a seconda della LS in cui si inseriscono, sia relativamente al profilo professionale, sia in connessione al *curriculum* della laurea di primo livello specifico di ciascuna sede.

L'operazione successiva, nella progettazione di un nuovo corso della LS consiste nell'individuazione, per ciascuna area di competenza, di alcuni possibili *obiettivi generali*, alcuni *quadri teorici di riferimento*, delle *integrazioni* auspicabili con altre discipline nonché delle *indicazioni metodologiche* per la realizzazione del corso (che, lo ricordiamo, può articolarsi in più moduli e quindi in più semestri). In sostanza, per ciascuna delle aree individuate (a, b, c, d) andremo a porci le domande iniziali (1-4).

#### 1. EDUCAZIONE ALLA SALUTE ED EDUCAZIONE TERAPEUTICA

Osserviamo, in via preliminare, come si parla sempre di *educazione* alla salute e di *educazione* terapeutica e non di *formazione* alla salute e *formazione* del paziente. Questo perché, come si può constatare anche nei manuali di educazione degli adulti, storicamente il concetto di "formazione" si associa a un'attività educativa profes-

sionalizzante. Nelle aziende si parla, ancora oggi, di formazione e non di educazione. L'educazione ha a che fare con tutti i cambiamenti e gli apprendimenti che si sviluppano nel mondo professionale e nel mondo della vita, anche in modo non intenzionale. Crediamo sia giusto mantenere la dizione "educazione alla salute" ed "educazione terapeutica del paziente", perché qui stiamo parlando di processi che producono cambiamenti, in modo non sempre intenzionale e che comunque non hanno per il paziente un significato professionalizzante.

La Tabella della LS per le professioni infermieristiche e ostetriche enuncia il seguente obiettivo:

*- progettare e realizzare, in collaborazione con altri professionisti, interventi educativi e di sostegno del singolo e della comunità per lo sviluppo dei fattori protettivi, l'autogestione e il controllo dei fattori di rischio e dei problemi di salute*

Tale obiettivo fa riferimento alla progettazione e alla realizzazione di interventi rivolti al *singolo* e alla *comunità*. Riteniamo che sarebbe utile sviluppare il tema dell'educazione alla salute e dell'educazione terapeutica del singolo in stretta connessione con le situazioni cliniche in cui questi interventi sono più frequenti (ad esempio: quando per un infermiere, un fisioterapista o un'ostetrica è irrinunciabile e stringente educare un paziente? Credo che per un'ostetrica un passaggio irrinunciabile e molto frequente sia quello dell'educazione all'allattamento), andando a individuare le situazioni cliniche in cui questi interventi, nonostante la formazione di base ricevuta, mantengono elevata complessità. Pensando agli infermieri o ad altri professionisti della riabilitazione, un obiettivo di educazione del paziente più com-



plesso potrebbe essere quello relativo alla educazione terapeutica in gruppo, magari gestita dall'*équipe* multi-professionale, come è il caso degli interventi sul piede diabetico. Qui, a nostro avviso, sarebbe molto opportuno svolgere il tema dell'educazione alla salute e dell'educazione terapeutica con gruppi in connessione con l'area della progettazione della formazione (si veda in seguito), perché le logiche pianificatorie sono le stesse.

Nell'area dell'educazione alla salute del singolo e della comunità i principali modelli teorici o i costrutti di riferimento sembrano, oltre ai classici documenti dell'OMS<sup>1</sup> e le teorie della *health promotion*<sup>2</sup>, l'attivismo (con alcuni rapidi collegamenti ai grandi autori della storia della pedagogia, come Dewey<sup>3</sup>) la psicologia di comunità e il costrutto dell'*empowerment*<sup>4</sup>, la storia dell'educazione terapeutica e i principali Autori nella letteratura internazionale (stiamo pensando a nomi come Assal<sup>5</sup>, D'Ivernois<sup>6</sup>), il modello biopsicosociale di medicina<sup>7</sup> e quindi la medicina centrata sul paziente<sup>8</sup>. In questa prospettiva, il paziente diventa l'esperto delle dimensioni psicologiche e sociali della sua malattia, e quindi è necessario lavorare sulle tecniche di comunicazione non direttiva, per poter cogliere le dimensioni non solo biologiche, ma anche rappresentazioni e di vissuto della malattia, nonché della salute. Inoltre, non si dovranno tralasciare tutti i meccanismi ben studiati dalla psicologia della salute che permettono di avere un senso di maggior controllo sulla propria malattia (*locus of control*, *bias di giudizio* etc<sup>9</sup>). Infine, il riferimento è d'obbligo all'educazione degli adulti, alle teorie da Erickson a Knowles e varie rivisitazioni che ci segnalano i diversi

bisogni dell'adulto nel corso della vita<sup>10</sup>.

Le integrazioni con altri corsi ci sembrano abbastanza ovvie, ma segnaliamo prima fra tutte quella che tanto è ovvia quanto è costantemente omessa, ossia l'integrazione con le problematiche cliniche.

## 2. PROGETTAZIONE DELLA FORMAZIONE DI BASE, POST BASE E PERMANENTE

Sulla progettazione degli interventi nella formazione di base, post base e permanente abbiamo individuato tre obiettivi, sempre nella succitata Tabella della LS per le professioni infermieristiche e ostetriche, che ci sembra mettano in luce i tre nodi cruciali della progettazione:

- *sviluppare le capacità di insegnamento per la specifica figura professionale nell'ambito delle attività tutoriali e di coordinamento del tirocinio nella formazione di base, complementare e permanente;*
- *applicare, in relazione allo specifico contesto operativo, metodologie didattiche formali e tutoriali;*
- *approfondire i modelli di apprendimento dall'esperienza per condurre processi di formazione professionalizzante*

Teniamo a sottolineare qui che la formazione degli adulti ormai anche in Italia vanta una tradizione pluridecennale, pure nell'ambito specifico della formazione degli operatori sanitari. Vanno qui ripercorse le tappe basilari dello sviluppo della formazione in contesti sanitari a partire dal fondamentale contributo di Guilbert, che è ancora molto utilizzato, ma che però ha uno stampo fortemente comportamentista. Molto sinteticamente, le teorie comportamentiste dell'apprendimento si basano sull'idea che a un *input*, corrisponda necessariamente un *output* predefinito, per cui basta costruire bene l'*input*, nella fattispecie gli obiettivi e gli stimoli forniti e l'*output* è assicurato. Questa è una teoria molto "ingenua" dell'apprendimento, come si può intuire. Si sono col tempo affacciate nella formazione degli adulti gli influssi della teoria della complessità, per cui si è cominciato a pensare che la formazione è un evento multiforme, dove intervengono tanti fattori, non ultimi quelli affettivi e culturali (tra i nomi di riferimento, sul panorama nazionale, per questo approccio sistemico alla progettazione, uno è quello di Domenico Lipari, ad esempio). La formazione è un processo in cui formatore e formando insieme producono l'apprendimento, nel quale intervengono processi di costruzione del significato che, come diceva Bruner, è profondamente legato alla cultura nella quale siamo inseriti.

La formazione è poi un fenomeno complesso che a sua volta s'inserisce in un sistema e lo modifica. Per questo, non si può parlare di formazione senza parlare di organizzazione e di sviluppo organizzativo e quindi di miglioramento di qualità. Qui si riallaccia il discorso sull'ECM perché la formazione continua è un'attività pensata per garantire e migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie. In questa parte della formazione pedagogica, allora, si dovranno inevitabilmente prevedere interventi sulle caratteristiche, anche procedurali e amministrative



strative, dell'ECM, le metodologie in forte espansione come la FaD e tutta la problematica della valutazione dell'apprendimento, necessaria per poter poi attribuire i crediti.

I temi dell'analisi dei bisogni formativi e della valutazione dovranno ricevere un'attenzione particolare, perché sono cruciali per la qualità della formazione. Inoltre, questi due aspetti della progettazione si legano a doppio filo alla ricerca formativa. In fondo, fare un'analisi del bisogno è un processo di ricerca, così come fare una valutazione accurata.

Per quanto riguarda le integrazioni, è a nostro avviso impensabile trattare questi contenuti senza prevedere una stretta integrazione con organizzazione aziendale (che senso ha parlare di formazione senza integrarsi col concetto di *learning organization*?) e l'igiene, in relazione al tema della qualità.

### 3. METODOLOGIE D'INSEGNAMENTO NELLA FORMAZIONE DI BASE, POST BASE E PERMANENTE

Questa terza area è strettamente connessa alla precedente, in quanto non è possibile parlare di progettazione formativa senza fare riferimento alle metodologie attraverso le quali si prevede di realizzare un determinato intervento. Mentre, però, pianificare un intervento significa prevedere una sequenza di azioni (in modo più o meno rigido, anche a seconda del modello di apprendimento cui facciamo riferimento, che può essere comportamentista piuttosto che sistemico), mettere in atto l'intervento ha molto a che fare con l'incontro relazionale con l'altro o con gli altri, il quale comporta, rispetto al progetto formativo iniziale, interazioni, *feedback*, mediazioni.

Nell'area metodologica sono fortemente in gioco tutte le metodologie tutoriali, cioè le metodologie di apprendimento basate su una ridotta distanza relazionale tra formatore e formando e su una forte dimensione esperienziale. Non si escludono qui riferimenti a come si fa una buona lezione e, soprattutto, a come si valuta un relatore (da coinvolgere ad esempio nella formazione permanente), ma il cuore di quest'area dell'insegnamento pedagogico ci pare debba essere la *tutorship*.

Proprio per questo, i grandi quadri di riferimento sono Dewey, l'attivismo, l'apprendere dall'esperienza e quindi il pensiero di Bion e le sue riletture psico-pedagogiche, il ruolo delle emozioni, della "fatica emotiva" dell'apprendere, nonché della riflessione nell'apprendere dall'esperienza e quindi i diversi "stili" che ciascuno di noi ha nell'imparare e nel riflettere sia durante l'azione che dopo l'azione, come dice Schön. E ancora, le dinamiche di gruppo, perché spesso la *tutorship* si esercita con un piccolo gruppo di discenti, e la formazione a distanza, che può essere esercitata anche in un'ottica tutoriale etc.

Il tema dell'attivismo, dell'apprendere dall'esperienza e dell'apprendere in gruppo rimandano alle tematiche dell'educazione alla salute e dell'educazione terapeutica.

Quindi, questi aspetti metodologici si intersecano anche con la prima area.

Ci sembrano auspicabili, in quest'area metodologica, forti integrazioni con la psicologia clinica e sociale, perché la *tutorship* è molto legata ad aspetti relazionali e gruppal.

### 4. RICERCA PEDAGOGICA

Abbiamo infine la quarta area, che è quella della ricerca educativa e formativa. Anche quest'area delle discipline pedagogiche va, a nostro avviso, insegnata in stretta connessione con le tematiche cliniche e formative che risultano d'interesse per un determinato profilo professionale. Esempi di quesiti di ricerca educativa in ambito sanitario possono essere: le strategie educative da privilegiare (materiali scritti, uso di simulatori etc.) nell'educazione del paziente all'atto della dimissione; l'individuazione di criteri per l'accreditamento delle sedi di tirocinio; le caratteristiche che rendono la *tutorship* efficace secondo gli studenti; la validità del *focus group* come strumento per l'analisi del bisogno formativo nella ECM.... Sono questi quesiti che per poter essere esplorati richiedono impianti di ricerca sia di tipo descrittivo che sperimentale, sia quantitativo che qualitativo. Non ha in questo caso alcun senso scindere l'insegnamento di discipline pedagogiche da quello della ricerca nelle scienze infermieristiche e ostetriche. È assolutamente indispensabile l'integrazione, anche perché, come si è già detto, alcuni aspetti della formazione



altro non sono che attività di ricerca (si veda l'analisi dei bisogni piuttosto che tutta la tematica della valutazione dei processi di formazione).

**Verso una formazione nelle LS di area sanitaria di tipo esperienziale, tutoriale e narrativa**

La comunità pedagogica con rinnovato interesse s'interroga oggi sul senso dell'educazione, anche a partire dall'evoluzione di essa nel suo ambito d'elezione, la scuola. Essa da semplice strumento di trasmissione di valori, quale era negli anni della riforma Gentile, si è progressivamente trasformata anche in luogo di trasmissione di cultura e di saperi. Attualmente la pedagogia sta cercando di ripensare la scuola come un ambito in cui non tanto o, per lo meno, non solo si trasmettono conoscenze e valori, ma dove soprattutto è possibile fare esperienze, cognitivamente ed affettivamente connotate, in cui, grazie a sviluppate capacità di ascolto degli insegnanti, sia possibile attivare riflessioni che permettano apprendimenti significativi.

È evidente che, quanto più si ha a che fare con adulti, come sarà sicuramente nelle Lauree Specialistiche, tanto più tale "fare esperienza" non può comprendere solo il "qui ed ora", ma anche tutto il bagaglio esperienziale di cui l'individuo è portatore, cioè le sue esperienze passate.

In concreto, questa constatazione si traduce nell'attivazione di un insegnamento delle discipline pedagogiche, ossia delle discipline che riguardano i processi educativi, attraverso modalità altamente esperienziali, che

attivino cioè esperienze e che valorizzino il bagaglio pregresso di esperienze degli individui stessi.

Tutto ciò, ripensando alle aree di contenuti a), b), c) e d) cui abbiamo appena accennato, significa sviluppare percorsi di apprendimento/insegnamento in cui sia possibile riflettere, ad esempio, sull'educazione terapeutica a partire dalle concrete esperienze di tipo clinico degli studenti delle LS, sulle quali innestare riflessioni, approfondimenti bibliografici, discussioni. Significa, in altre parole, sviluppare processi nei quali il "come" e il "cosa" (ad esempio, come educare il paziente e su quali contenuti; oppure, come progettare un evento ECM e su quali contenuti) non possono che intersecarsi continuamente e nei quali gli aspetti di ricerca si innescano costantemente sulle problematiche che sorgono nell'operatività educativa e formativa.

Per questo, riteniamo che la pedagogia (come del resto gli aspetti manageriali, psicologici e sociologici) non possa essere insegnata come disciplina a sé stante, ma soltanto in stretta connessione con le discipline cliniche caratterizzanti il profilo professionale cui l'insegnamento è rivolto.

Per realizzare l'insegnamento della pedagogia in quest'ottica altamente esperienziale, volta cioè alla massima valorizzazione dell'esperienza – presente e passata – dei formandi, è necessario allestire un setting specifico, in cui tutto questo possa avvenire. Questo setting non può che essere, a sua volta, di tipo tutoriale, un modo di realizzare un insegnamento in cui l'organizzazione degli spazi, i tempi, le modalità comunicative e relazionali permettano agli studenti di "fare esperienza" e non semplicemente di acquisire saperi e tecniche. E il "fare esperienza", per trasformarsi in apprendimento, deve necessariamente passare attraverso la riflessione e l'elaborazione. È solo attraverso questa modalità esperienziale e riflessiva che possiamo pensare di arrivare a costruire competenze pedagogiche "alte" nei futuri laureandi delle LS.

Ci ha sempre molto colpito, nella formazione post base degli operatori sanitari, come quella dei Master, il grande bisogno di una elaborazione dell'esperienza, soprattutto nelle sue dimensioni più complesse, quali quelle affettive o gruppali, che questi operatori portano costantemente nella formazione. Questo è un bisogno con il quale non si può non fare i conti, soprattutto nelle LS di area sanitaria, nelle quali gli studenti sono dei professionisti che da anni operano nei contesti di cura e di riabilitazione e che decidono di rientrare in formazione.

Questo bisogno di "fare esperienza", ma soprattutto di "rielaborare l'esperienza" che inevitabilmente questi operatori hanno acquisito nel corso degli anni, vuoi come educatori dei pazienti, vuoi come formatori di studenti, o anche come discenti nella formazione permanente, è un bagaglio enorme di ricchezza, sul quale si deve radicare profondamente – a nostro avviso – l'insegnamento della pedagogia.

Ecco allora che l'esperienza – nella fattispecie, educa-



tiva – viene a essere pienamente valorizzata negli insegnamenti pedagogici, ad esempio attraverso strategie di tipo narrativo grazie alle quali sarà possibile attivare riflessioni e interpretazioni, alla ricerca del significato che tali esperienze hanno avuto nei formandi. Per questo motivo, in ultima istanza, la formazione specialistica degli operatori dei diversi profili professionali, nelle LS non può che configurarsi, non solo nell'insegnamento della pedagogia, ma probabilmente in molti altri ambiti disciplinari, come una formazione narrativa e interpretativa, come una formazione cioè in cui sia possibile narrare delle esperienze, elaborarle e interpretarle, per sviluppare apprendimenti significativi .

#### **Bibliografia**

WHO, The Ottawa Chart for Health Promotion, trad. it. in Educazione sanitaria e medicina pre-ventiva, 3, 1987.  
Zucconi A., Promozione della salute, La Meridiana, Bari, 2003.  
Dewey, Democrazia e educazione, La Nuova Italia, Firenze, 1965.  
Francescato D., Psicologia di comunità, Feltrinelli, Milano, 1989.  
Lacroix A., Assal J.P., L'éducation thérapeutique du patient. Nouvelles approches de la maladie chronique, Vigot, Paris, 1998.  
D'Ivernois J.F., Gagnayre R., Educare il paziente, Mediserve, Milano, 1998.  
Engel G.L., "The need for a new medical model, a challenge for biomedicine", in Science, 196:129-136, 1977.  
Moja E., Vegni E., La visita medica centrata sul paziente, Cortina, Milano, 2000.  
Zani B., Cicognani E., Psicologia della salute, Il Mulino, Bologna, 2000.  
Demetrio, D., Manuale di educazione degli adulti, Laterza, Bari-

Roma, 2003.  
Guilbert J.J. Guida pedagogica, Edizioni dal Sud, Bari, 2001.  
Bocchi G., Ceruti M., La sfida della complessità, Feltrinelli, Milano, 1985.  
Lipari D., Logiche di azione formativa nelle organizzazioni, Guerini, Milano, 2002.  
Santojanni F., Striano M., Modelli teorici e metodologici dell'apprendimento, Laterza, Bari, 2003.  
Pressato L., Cartabellotta A., Binetti P., L'educazione continua in medicina, Il pensiero Scientifico, Roma, 2003 e Ventriglia G., Turbil E., Educazione continua in medicina. Progettare e costruire un intervento formativo, Masson, Milano, 2003.  
Ferri P., Teorie e tecniche dei nuovi media, Guerini, Milano, 2002.  
Lichtner M. Modelli e metodi di valutazione, Franco Angeli, Milano, 2004.  
Demetrio D., Fabbri D., Gherardi S., Apprendere nelle organizzazioni, Carocci, Roma, 1994.  
Zannini, L., La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico, Guerini, Milano, 2005.  
Blandino G., Granieri B., La disponibilità ad apprendere, Cortina, Milano, 1995.  
Schön, D., Il professionista riflessivo, Dedalo, Bari, 1993.  
Di Nubila R., Dal gruppo al gruppo di lavoro, Tecomproject, Ferrara, 2003.  
Trinchero R., Manuale di ricerca educativa, Franco Angeli, Milano, 2002.  
Zannini L., "Per una pedagogia narrativa e interpretativa nella formazione degli operatori sanitari", in Arco di Giano, 37:123-138, 2003.

# Il Tirocinio nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie

Luisa Saiani (Verona), Daniele Palla (Pisa), Laura Cunico (Verona)

per il Gruppo di Studio della Conferenza composto anche da Gianni Casna, Rosaria Cappadona, Mauro Curzel, Gloria Ferrari, Carla Galvagni, Maria Matarrese, Daniela Miraglia, Elena Olivieri, Maurizio Pajero, Valeriano Raffielli.

Il Tirocinio clinico degli studenti dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie è una componente irrinunciabile del *curriculum* perché offre l'opportunità di combinare abilità cognitive, psicomotorie ed attitudinali. Attraverso la pratica clinica o tecnico-operativa, gli studenti sviluppano le *performance* previste dal piano degli obiettivi formativi declinato dal profilo professionale.

Il Gruppo di lavoro sul Tirocinio della Conferenza ha elaborato il presente documento con l'obiettivo di fornire alcuni indirizzi pedagogici comuni per la progettazione dei Tirocini nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, che dovranno successivamente essere declinati alla luce delle peculiarità di ciascuno di essi.

## Introduzione

Il Tirocinio è una modalità di apprendimento dall'esperienza che propone allo studente di sperimentarsi in situazioni organizzative e professionali reali, ma anche in situazioni protette di laboratorio. Le attività di Tirocinio sono finalizzate a far acquisire allo studente abilità e competenze specifiche.

Ogni Corso di Laurea deve elaborare il "profilo di competenza" che si propone di sviluppare per il neo-laureato attraverso il percorso formativo. Dal "profilo" saranno derivati gli Obiettivi di Tirocinio per ciascun anno di corso e per le diverse esperienze formative. Nell'elaborazione del "profilo", è importante tener presente: il quadro normativo, le aspettative e le tendenze dei servizi in cui il professionista andrà ad operare, l'evoluzione dei problemi di salute, le attese degli utenti, le aspettative di sviluppo del corpo professionale. Una metodologia indicata per la costruzione dei "profili di competenza" è il *focus group* con operatori esperti dei servizi e con docenti. Si riporta in allegato, a scopo esemplificativo, il profilo di competenza dell'Infermiere costruito dal Corso di Laurea di Verona.

I crediti riservati al Tirocinio, di norma un terzo dei crediti complessivi del percorso triennale, sono da intendersi come impegno complessivo necessario allo studente per raggiungere le competenze attese dal neo-laureato. Le strategie formative utilizzabili per il raggiungimento delle competenze sono molteplici:

esperienze dirette nei servizi, sessioni tutoriali individuali o in piccolo gruppo per preparare (*briefing*) o rielaborare (*debriefing*) le esperienze di apprendimento, esercitazioni e simulazioni in laboratorio propedeutiche al Tirocinio, studio guidato, autoapprendimento, elaborazione di piani operativi, progetti e relazioni.

Ogni Corso di Laurea distribuirà i crediti per ciascun anno differenziati per le diverse modalità formative; si riportano alcuni esempi (Tabb.1-2).

## Organizzazione dei Tirocini e modalità di frequenza

Le esperienze di Tirocinio sono distribuite durante il triennio, in periodi alternati con le lezioni, presso strutture accreditate, sia in Italia che all'estero, che rispondano ai requisiti di idoneità per attività, dotazione di servizi e strutture (Decreto 24.09.97, n° 229).

Ogni corso di Laurea indicherà le esperienze irrinunciabili per offrire agli studenti le opportunità per sviluppare le competenze professionali attese; un esempio è presentato nella Tab. 2.

Sono di norma previste esperienze di Tirocinio di circa 4 settimane o 140 ore continuative per i Tirocini che si propongono di sviluppare competenze; per i Tirocini con finalità prevalentemente osservative, sono ritenute sufficienti esperienze più brevi da 1 o 2 settimane. Sono da privilegiare esperienze che prevedano la possibilità, per lo studente, di conoscere i servizi affini secondo la logica del percorso dell'utente, o secondo un approccio di rete e di integrazione (es. unità coronarica, cardiocirurgia, cardiologia, riabilitazione cardiologica, assistenza domiciliare).

La frequenza del Tirocinio è obbligatoria e lo studente è tenuto a documentare la presenza. Prima dell'accesso alle strutture sanitarie, lo studente deve essere sottoposto ad un accertamento medico di idoneità psico-fisica.

Lo Studente che, nel corso dell'anno accademico, non abbia assolto l'impegno del Tirocinio, sia rispetto alla frequenza sia per il conseguimento degli obiettivi formativi stabiliti, viene iscritto, nel successivo anno accademico, anche in soprannumero, come ripetente. Lo studente avrà l'obbligo di frequenza del Tirocinio, secondo un piano personalizzato, fino al raggiungimento degli obiettivi previsti per l'anno di corso.

## Responsabilità

La responsabilità della progettazione e dell'organizzazione del Tirocinio è del Coordinatore delle

I anno	II anno	III anno
<p><i>Osservazioni in:</i> Ambulatorio Podologia Clinica Ortopedica (reparto)</p> <p><i>Osservazioni ed esperienza guidata in:</i> Ambulatorio Podologia Clinica Ortopedica (reparto Ortopedico e Fisiatrico) Clinica Pediatrica Clinica Medica – Geriatria Ambulatorio Diagnostica vascolare</p> <p><i>Osservazioni, esperienza guidata e diretta di:</i> attività di prevenzione, cura e riabilitazione semplici (pazienti adulti o geriatrica)</p> <p><i>Osservazioni, esperienza guidata e diretta di:</i> attività di diagnostica non strumentale (raccolta anamnestica) e strumentale non invasiva semplice (statica)</p> <p><i>Osservazioni, esperienza guidata e diretta di:</i> trattamenti ortesici e podologici semplici</p>	<p><i>Esperienza guidata e diretta in:</i> Ambulatorio Podologia Clinica Ortopedica (reparto Ortopedico e Fisiatrico; sala gessi) Clinica Dermatologica Clinica Reumatologica Clinica Neurologica</p> <p><i>Esperienza diretta in:</i> Ambulatorio Podologia Clinica Ortopedica (reparto Ortopedico e Fisiatrico; sala gessi) Pronto soccorso Clinica Ortopedica (esperienza guidata) Servizio di Diagnostica per Immagini Ambulatorio del piede Diabetico (esperienza guidata)</p> <p><i>Osservazioni e esperienza guidata in:</i> Sala Operatoria Clinica Ortopedica</p> <p><i>Osservazioni e esperienza guidata in:</i> Sala di sterilizzazione strumentario</p> <p><i>Esperienza guidata e diretta di:</i> attività di attività di prevenzione, cura e riabilitazione complesse</p> <p><i>Esperienza guidata e diretta di:</i> attività di diagnostica strumentale non invasiva (dinamica)</p> <p><i>Esperienza guidata e diretta di:</i> trattamenti ortesici e podologici semplici e complessi</p>	<p><i>Osservazioni in:</i> Sala Operatoria Chirurgia Generale Sala Operatoria Chirurgia Vascolare Sala Operatoria chirurgia Dermatologica</p> <p><i>Esperienza diretta in:</i> Ambulatorio Podologia Ambulatorio del Piede Diabetico (prevenzione primaria, secondaria e terziaria delle lesioni ulcerative e non del piede diabetico)</p> <p><i>Esperienza diretta in:</i> Sala di sterilizzazione strumentario</p> <p><i>Esperienza diretta di:</i> attività di attività di prevenzione, cura e riabilitazione complesse (pazienti pediatrici, adulti e geriatrici)</p> <p><i>Esperienza diretta di:</i> attività di diagnostica non strumentale (esame obiettivo completo) e strumentale non invasiva</p> <p><i>Esperienza diretta di:</i> Ideazione, costruzione, applicazione, istruzione all'uso di ortesi plantari Ideazione, costruzione, applicazione, istruzione all'uso di ortesi digitali Ideazione, costruzione, applicazione, istruzione all'uso di ortesi ungueali Ideazione, costruzione, applicazione, istruzione all'uso di ortesi podaliche transitorie Ideazione, costruzione, applicazione, istruzione all'uso di altre ortesi del piede e della caviglia Ideazione, costruzione, applicazione, istruzione all'uso di tutori di posizione</p> <p><i>Esperienza diretta di:</i> trattamenti podologici complessi</p>

Tab. 1 - Esempio di Tirocinio per il Corso di Laurea in Podologia, Università degli Studi di Pisa.

I anno	II anno	III anno
<p>- Scuole (metodologia dell'osservazione delle competenze adattive del bambino nei Nidi e Scuole d'infanzia)</p> <p>Due esperienze per fascia d'età</p>	<p>- Area clinica generale (neuropsicomotoria, neurolinguistica, neurocognitiva psicopatologica), finalizzata ad approfondire le competenze di valutazione nelle diverse fasce d'età</p> <p>Due esperienze per tipologie cliniche differenziate</p>	<p>- Area specialistica riabilitativa finalizzata all'approfondimento dell'intervento riabilitativo per fasce d'età e per patologie</p> <p>Due esperienze per diverse tipologie di intervento</p>

Tab. 2 - Esperienze irrinunciabili di Tirocinio nel triennio esempio per il Corso di Laurea in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva, Università di Roma, La Sapienza.

Attività Formative Professionalizzanti (già Coordinatore tecnico-pratico) appartenente allo stesso profilo professionale del Corso di Laurea ed in possesso del più alto titolo formativo previsto per il profilo. Compete al Coordinatore vigilare sulla adeguatezza delle strutture accreditate come sedi di Tirocinio, nonché promuovere l'integrazione tra il Tirocinio e le altre attività formative teoriche in coerenza con la programmazione didattica definita dal Consiglio di Corso di Laurea.

Il Coordinatore delle Attività Professionalizzanti si avvale di un *Sistema di Tutorato del Tirocinio* organizzato con modelli adeguati alla numerosità degli studenti, alle caratteristiche, disponibilità e complessità delle sedi di Tirocinio, alla specificità delle competenze da sviluppare, ai rischi potenziali per l'utenza esposta, alle esperienze di apprendimento degli studenti.

Questi modelli possono prevedere, in presenza di elevati indicatori di complessità, *Tutor*, appartenenti allo stesso profilo professionale, *assegnati alla struttura didattica del Corso di Laurea* che collaborano con il Coordinatore nell'organizzazione dei Tirocini. Compete inoltre al Tutor: la supervisione del percorso di apprendimento degli studenti soprattutto in relazione alle abilità più complesse, la certificazione della frequenza ed il coordinamento del processo valutativo.

Nelle sedi di Tirocinio sono individuate le *Guide di Tirocinio* o Supervisor, tra gli operatori esperti e disponibili, di norma dello stesso profilo professionale. Le Guide affiancano lo studente, ne facilitano l'inserimento, gli assegnano con gradualità le attività garantendo condizioni di sicurezza sia per lo studente che per l'utenza del servizio.

Il Sistema di Tutorato del Tirocinio sarà tanto più efficace quanto sarà sostenuto da specifici progetti di formazione pedagogica: Master, Corsi di perfezionamento, Corsi brevi. Un percorso base di formazione per le Guide di Tirocinio, sperimentato in molte realtà italiane, prevede una durata di 5 o 6 giorni (circa 40 ore) sulle seguenti aree tematiche:

- il ruolo del Tirocinio nel piano di studio del Corso di Laurea e le competenze attese dal neolaureato;
- l'apprendimento dall'esperienza: modelli teorici e funzione tutoriale;
- i metodi di Tutorship del Tirocinio: sessioni di *briefing* e *debriefing* individuali e di piccolo gruppo, abilità di porre domande, contratti di apprendimento;
- l'apprendimento in situazione reale delle abilità tecnico operative e delle abilità relazionali;
- la valutazione formativa e la relazione con lo studente.

Sono di norma previsti anche corsi di *retraining* sulle abilità tutoriali più complesse (es. come facilitare l'apprendimento delle capacità relazionali o la valutazione).

## **Valutazione del Tirocinio**

Le esperienze di Tirocinio sono valutate in itinere e alla fine di ogni anno. I livelli di valutazione delle competenze professionali sono di due tipi:

### *- Valutazione formativa*

Ogni esperienza di Tirocinio inizia con un contratto di apprendimento tra studente e Tutor/Guida per definire il piano delle opportunità e attività che possono, in quella specifica sede di Tirocinio, permettere il raggiungimento degli obiettivi. Durante il periodo di Tirocinio saranno forniti allo studente continui *feedback* sulla sua evoluzione, che sarà alla fine di ciascun Tirocinio documentata sulla scheda di valutazione. La scheda ha lo scopo di informare lo studente sul suo percorso e fornire suggerimenti e strategie per superare eventuali difficoltà di apprendimento.

### *- Valutazione certificativa (esame annuale di Tirocinio)*

Al termine di ciascun anno di corso, una Commissione composta da un numero minimo di due docenti, presieduta dal Coordinatore delle Attività professionalizzanti, certifica il livello di apprendimento professionale raggiunto dallo studente.

Lo studente può essere ammesso all'esame annuale di Tirocinio se ha frequentato con regolarità e profitto le esperienze previste.

La valutazione è espressa in trentesimi che terrà conto delle valutazioni formative conseguite, della qualità dei *report* e degli altri elaborati richiesti nonché dei livelli di competenza dimostrati nelle prove di esame.

## **Profilo di competenza di un infermiere laureato**

### **1. EDUCARE ALLA SALUTE**

- Collaborare alla rilevazione dei rischi psico-fisici e sociali connessi alle condizioni di vita.
- Educare le persone a stili di vita sane e a modificare stili di vita a rischio.
- Collaborare con altri professionisti a realizzare interventi informativi ed educativi rivolti al singolo e a gruppi sul controllo di fattori di rischio.

### **2. FUNZIONE ASSISTENZIALE**

#### *2.1 Identificare le necessità assistenziali*

- Identificare le necessità assistenziali.
- Accogliere la persona assistita e la sua famiglia nei diversi contesti assistenziali.
- Comunicare con la persona assistita e la sua famiglia utilizzando modalità comunicative interpersonali verbali e non verbali adatte e facilitanti.
- Raccogliere l'anamnesi infermieristica registrando

## Esempio di un profilo di competenza che ogni Corso di Laurea dovrebbe preparare per poter successivamente dedurre e condividere, con i docenti e le sedi di Tirocinio, gli Obiettivi formativi

### *Esempio per il Corso di Laurea in Infermieristica*

(tratto dalla *Guida dello Studente* del Corso di Laurea in Infermieristica- Università degli Studi di Verona)

sulle cartelle i dati significativi per la stima delle necessità assistenziali.

- Identificare nella persona assistita e nei famigliari il tipo e il livello di reazioni alla malattia, al suo trattamento, all'ospedalizzazione.
- Valutare, eventualmente attraverso l'utilizzo di scale specifiche, problemi/bisogni alterati della persona correlati ai segni e sintomi della malattia, alle fasi del trattamento, all'evoluzione della situazione clinica.
- Diagnosticare i bisogni di assistenza infermieristica della persona assistita correlati alla malattia, all'ospedalizzazione, al suo trattamento, allo stile di vita, alle modificazioni delle attività di vita quotidiana, alla qualità di vita percepita.

#### *2.2. Pianificare l'assistenza*

- Formulare il piano di assistenza individuale registrando gli obiettivi dell'assistenza da fornire e il programma delle attività da registrare.
- Coinvolgere, per quanto possibile, la persona assistita e le persone risorsa, nella formulazione e nella realizzazione del piano assistenziale.
- Realizzare gli interventi pianificati e garantire l'applicazione delle prescrizioni terapeutiche.

#### *2.3 Realizzare gli interventi pianificati e garantire l'applicazione delle prescrizioni terapeutiche*

- Applicare il piano di assistenza eseguendo gli interventi previsti del piano adattandoli alle caratteristiche personali e alle condizioni della persona assistita.
- Collaborare alla gestione dell'assistenza, in coerenza alle dimensioni legale ed etica, nelle situazioni che si presentano comunemente nell'attività professionale. (es. contenzione, rifiuto terapia..).
- Stabilire con l'utente e la famiglia una relazione d'aiuto.
- Documentare nella cartella infermieristica l'assistenza realizzata e la relativa valutazione
- Informare, in collaborazione con il medico, la persona assistita sulle finalità e modalità di attuazione dei percorsi diagnostici. Valutazione stato delle conoscenze.
- Prevenire e ridurre la gravità delle complicanze e gli effetti collaterali dei trattamenti invasivi e non e segnalarli al medico.
- Valutare con la persona assistita i risultati dell'assistenza infermieristica.

#### *2.4 Assistere la persona prima, durante e dopo un intervento chirurgico*

- Rilevare e dare supporto alle manifestazioni di ansia e di preoccupazione correlate all'intervento chirurgico e all'anestesia.

- Preparare, secondo le procedure concordate, la persona assistita all'intervento chirurgico.
- Monitorare, nella fase postoperatoria, le condizioni emotive e cliniche della persona assistita e i parametri concordati con l'*équipe* medica
- Attuare interventi assistenziali per ridurre i problemi della persona nel postoperatorio (drenaggi, medicazioni..).

#### *2.5 Prevenire e affrontare situazioni critiche*

- Identificare i segni premonitori di un aggravamento delle condizioni relative sia allo stato psicologico che clinico.
- Attuare interventi mirati per fronteggiare le situazioni acute e critiche, attivando tempestivamente il medico e altri professionisti.
- Applicare i protocolli BLS.

#### *2.6 Assistere la persona - e la sua famiglia - nella fase terminale della vita*

- Gestire, in collaborazione con l'*équipe* il sostegno dell'assistito e della famiglia nella fase terminale e nel lutto, gestione dei problemi assistenziali nella fase terminale.

### 3. REALIZZARE INTERVENTI DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA

- Realizzare interventi per educare il malato
- Adottare sistemi di assistenza orientati all'autogestione e all'autocura.
- Informare e sostenere psicologicamente la persona assistita nelle fasi riabilitative che dovrà seguire.
- Stabilire una relazione di aiuto atta a sostenere la persona assistita nel definire aspettative realistiche e nell'integrare l'esperienza di malattia all'interno della propria vita.
- Fornire alle persone assistite e ai loro familiari ed altre persone-risorse informazioni valide e mirate in risposta alle loro domande e ai loro bisogni in relazione alle opportunità offerte dai servizi territoriali utilizzabili a supporto delle loro necessità.
- Stabilire con la persona assistita e la famiglia un progetto educativo per istruirle ad apprendere metodi di autocontrollo, consapevolezza dei cambiamenti da adottare, abilità di autocura.
- Collaborare per garantire una continuità delle cure dalla dimissione al domicilio, concordando con l'assistito e la famiglia le modalità del suo rientro a domicilio e l'eventuale necessità di altri servizi.
- Favorire l'incontro della persona assistita con associazioni e volontari che offrano attività di supporto e riabilitazione.

- Identificare con la persona assistita e la sua famiglia le abitudini di vita che possono costituire fattore di rischio per la salute.
- Valutare il tipo di informazioni in possesso della persona assistita e della sua famiglia e il grado di comprensione.
- Definire obiettivi di tipo educativo da perseguire con l'assistito relativamente alla sua conoscenza del problema di salute, all'identificazione di segni e sintomi di complicanze, all'acquisizione di corrette abitudini di vita e di abilità di autocura, rispettando le differenze comportamentali legate alla cultura di appartenenza.
- Verificare *in itinere* la capacità dell'assistito di aderire a domicilio al programma educativo concordato.

#### 4. GESTIRE IL PROPRIO LAVORO NELL'AMBITO DEL SERVIZIO IN CUI SI OPERA

- Pianificare il proprio lavoro tenendo conto degli obiettivi e delle priorità del servizio coordinandosi con l'organizzazione generale dell'istituzione.
- Trasferire ai collaboratori, sulla base della valutazione delle necessità dei malati, le attività assistenziali conformi al loro profilo.
- Definire le priorità degli interventi sulla base dei bisogni assistenziali delle esigenze organizzative e dell'utilizzo ottimale delle risorse disponibili nel servizio.
- Richiedere la collaborazione di altri operatori dopo aver valutato insufficienti le proprie capacità e possibilità operative per complessità dell'assistenza richiesta.
- Utilizzare strumenti di integrazione (linee guida, procedure, protocolli assistenziali, piani di assistenza standard) progettati con l'*équipe* o da altri servizi per uniformare le modalità operative.
- Utilizzare i sistemi informativi dei servizi
- Collaborare con i componenti dell'*équipe* nella realizzazione delle attività.
- Segnalare problemi di funzionalità del servizio
- Collaborare alla soluzione dei problemi organizzativi.
- Proporre modalità per facilitare l'accesso dell'utenza ai servizi.
- Proporre procedure per favorire la continuità assistenziale nel passaggio tra servizi.
- Valutare i risultati dell'attività espletata.

#### 5. COLLABORARE A FORMARE E AUTOFORMARSI

- Autovalutare il proprio livello di competenza professionale e segnalare i propri bisogni di formazione
- Realizzare attività di autoformazione
- Utilizzare informazioni e articoli scientifici per aggiornare le proprie competenze
- Collaborare alle attività di tutorato clinico nei confronti di studenti

#### 6. COLLABORARE A PROGETTI DI RICERCA SELEZIONATI SULLA BASE DEI PROBLEMI PRIORITARI DI SALUTE E DEI PROBLEMI PRIORITARI DI QUALITÀ DEI SERVIZI

- Raccogliere i dati relativi al proprio lavoro di una qualità tale che possano servire anche alla ricerca
- Applicare i risultati delle ricerche per ottenere un miglioramento della qualità dell'assistenza

##### 1. ABILITÀ TECNICHE A SUPPORTO DELLA FUNZIONALITÀ CARDIO-RESPIRATORIA

- Rilevazione e monitoraggio dei parametri vitali:

##### 1. Rilevazione della frequenza cardiaca: polsi periferici e centrale

##### 2. Rilevazione della frequenza respiratoria

##### 3. Rilevazione della pressione arteriosa

- Osservare la rilevazione della pressione arteriosa con metodica invasiva; collaborazione al posizionamento

- Valutazione dello stato di coscienza secondo G.C.S.

- Collaborare alla rilevazione della pressione venosa centrale

- Rilevazione della saturazione periferica di ossigeno

- Ossigenoterapia

##### 1. Con sondino nasofaringeo, occhiali, maschera

##### 2. Con maschera di Venturi

- Aspirazione naso e oro-faringea

- Collaborazione all'intubazione endotracheale

- Sostituzione della cannula tracheale

- Gestione della cannula tracheale (esclusa la sostituzione)

- Aspirazione da tubo endotracheale e tracheotomia

- Osservare la ventilazione artificiale meccanica invasiva

- Osservare la ventilazione meccanica non invasiva (CPAP, BiPAP)

- Esecuzione ECG e prima interpretazione (identificazione delle alterazioni aritmiche e morfologiche più rilevanti e del ritmo di pace-maker)

### Elenco delle abilità tecniche infermieristiche

- Collaborare alla gestione dei monitor
- Applicazione calza elastica graduata
- 2. ABILITÀ TECNICHE A SUPPORTO DEL BISOGNO DI IDRATAZIONE E ALIMENTAZIONE
  - Gestione delle diete più comuni
  - Supervisione diete complesse e personalizzate
  - Rilevazione peso
  - Gestione del sondino naso duodenale
  - Posizionamento sondino naso gastrico
  - Gestione della nutrizione enterale e parenterale (anche attraverso gastro e digiunostomia)
  - Monitoraggio del bilancio idro-elettrolitico
- 3. ABILITÀ TECNICHE A SUPPORTO DEL BISOGNO DI ELIMINAZIONE
  - Cateterismo vescicale:
    1. estemporaneo
    2. a permanenza
  - Enteroclistima e microclima
  - Gestione di ileo e colostomia
  - Gestione di urostomia
- 4. ABILITÀ TECNICHE DI POSIZIONAMENTO E IMMOBILIZZAZIONE
  - Mobilizzazione attiva e passiva
  - Sollevamento, trasferimento e posizionamento della persona dipendente con ausilio di presidi
  - Deambulazione assistita
  - Collaborare a posizionamenti specifici dopo interventi complessi
  - Collaborare a posizionamenti e mobilizzazione della persona con fratture, trazioni e traumi
  - Collaborare a posizionamenti della persona con lesione midollare
  - Posizionamento della persona con emiplegia
- 5. ABILITÀ TECNICA PER LA RILEVAZIONE DELLA TEMPERATURA CORPOREA
  - Rilevazione della temperatura corporea
- 6. ABILITÀ TECNICHE DI CURA DELLA PERSONA
  - Tecniche di igiene totale e parziale
  - Igiene e cura del cavo orale nel paziente radio trattato ed immunodepresso
- 7. ABILITÀ TECNICHE DELLA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA
  - Gestione della terapia per via:
    1. Endovenosa
    2. Infusione (con agocannula, catetere venoso centrale e pompe d'infusione)
    3. Orale
    4. Sub-linguale
    5. Intramuscolare
    6. Sottocutanea ed insulinoterapia
    7. Intradermica
    8. Inalatoria
    9. Percutanea e topica
  - Osservare la preparazione e somministrazione dei farmaci antiblastici
  - Osservare la somministrazione della terapia analgesica mediante catetere peridurale
  - Posizionamento catetere venoso periferico
  - Gestione del catetere venoso centrale
  - Gestione farmaci stupefacenti
  - Preparazione e controllo nella trasfusione di sangue, emoderivati e autotrasfusione
  - Gestione e monitoraggio liquidi ed elettroliti
  - Misure per la prevenzione delle lesioni da compressione locale
- 8. ABILITÀ TECNICHE A SUPPORTO DI ATTI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI
  - Preparazione della persona sottoposta a diagnostica per immagini con particolare attenzione a:
    1. Broncoscopia
    2. ERCP
    3. Clismaopaco
    4. EGDS
    5. Colonscopia
    6. Indagini radiologiche con mezzo di contrasto
  - Preparazione della persona all'esecuzione di indagini esplorative ed evacuative con particolare attenzione a:
    1. Toracentesi e paracentesi
    2. Biopsia epatica ed osteomidollare
  - Prelievo ematico venoso e capillare; emogas analisi da circuito.
  - Emocoltura.
  - Raccolta di campioni (secreti ed escreti).
  - Stick glicemici.
- 9. ABILITÀ TECNICHE CHIRURGICHE
  - Preparazione di un campo sterile per piccoli interventi chirurgici.
  - Utilizzo di guanti sterili.
  - Medicazioni semplici, complesse, fasciature e bendaggi.
  - Controllo dei più comuni sistemi di drenaggio (in aspirazione ed a caduta, toracici e/o addominali).
  - Tricotomia preoperatoria.
- 10. ABILITÀ TECNICHE PER GARANTIRE LA SICUREZZA DEGLI UTENTI, DEGLI OPERATORI E DEGLI AMBIENTI DI LAVORO
  - Disinfezione e sterilizzazione di presidi sanitari:
    1. Decontaminazione ferri chirurgici e presidi
    2. Sterilizzazione (preparazione e conservazione)
  - Lavaggio delle mani.
    1. Sociale ed antisettico

2. Preoperatorio
- Uso di sistemi di protezione individuale.
11. ADDESTRAMENTO SIMULATO DI MANOVRE DI PRONTO SOCCORSO
- Sollevamento e trasporto ferito con e senza attrezzature sanitarie.
  - Ventilazione artificiale con e senza presidi sanitari.
  - Addestramento simulato del Protocollo *Basic Life Support*.
  - Addestramento simulato della defibrillazione con Defibrillatore semiautomatico.
  - Addestramento simulato.
    1. *Advanced Trauma Life Support*
    2. *Advanced Cardiac Life Support*
  - Addestramento simulato Liberazione vie aeree, manovra di Heimlich.
  - Addestramento simulato Tamponamento di emorragie artero-venose esteriorizzate.
  - Organizzazione del carrello delle urgenze.

#### **Bibliografia**

Castellucci A. Saiani L. Sarchelli G. Marletta L: *Viaggi guidati. Il Tirocinio e il processo tutoriale nelle professioni sociali e sanitarie* Edizioni Franco Angeli, 1997

Gamberoni L. Grilli G. Lotti A. Marmo G. Massai D. Saiani L: *Linee guida per un progetto di formazione di base per l'infermiere*. Feder.

Naz. IPASVI, Italpromo Associati 1999;

Saiani L : Tutorato, Tirocini e rapporto teoria-pratica: i nodi aperti. Rivista dell'Infermiere 1998; 3,17: 134-138;

White R., Ewan C.E. *Il Tirocinio l'insegnamento clinico del nursing* Milano: Sorbona 1994

Adams V. Consistent clinical assignment for nursing students compared to multiple placements. J Nurs Educ 2002; 41(2): 80-3;

Dunn S.V., Hasford B. Undergradatenursing student's perceptions of their clinical learning environment. Journal Advanced Nursing. 1997 vol 25 pag 1299-1306

Kaviani N., Stillwell Y. An evaluative study of clinical preceptorship. Nurse education today. 2000 Apr vol 20(3) pag 218-226

O'Neill A, McCall JM. Objectively assessing nursing practices: a curricular development. Nurse Educ Today, 1996; 16(2). 121-6;

Palla D., Oliveri E., *La formazione in Podologia: dal percorso universitario all'aggiornamento professionale. Core Curriculum e Core Competence* Editore Timeo, 2005

Reene S. Perceived barriers to teaching for critical thinking by BSCN Nursing faculty. Nursing and Health Care Perspectives 2001; 22(6): 286-191;

Patterson C., Crooks D., Lunik – Child O. A new perspective on competencies for self directed learning. Journal Nurse Education. 2002 gen vol 41(1) pag 25-31

Spouse J. Scaffolding student learning in clinical practice. Nurse Educ Today 998; Zannini L, Saiani L, Renga G. Figure e metodi della tutorship nel Diploma universitario per infermiere. Rivista dell'infermiere 1998; 3:139-16, 18(4): 269-266.



## L'accesso agli atti prima della legge 15/05

Maria Paola Landini<sup>1</sup>, Paolo De Angelis<sup>2</sup>

Anteriormente alla L. 241/90 mancava nel nostro ordinamento una norma che attribuisse dignità di regola al diritto di accesso ai documenti amministrativi, riconoscendosi questo diritto solo in materia di tutela dell'ambiente (art. 14 L. 349/86) e di enti locali territoriali (art. 7 L. 142/90, ora art. 10 D.Lgs. 267/00). L'art. 22 della L. 241/90, viceversa, ha riconosciuto in via generale il diritto di accesso a tutti i documenti amministrativi; questo diritto, connesso all'altro non meno rilevante che consente agli interessati la partecipazione al procedimento amministrativo, trova il proprio fondamento costituzionale negli artt. 97 e 98 della Costituzione che stabiliscono che l'organizzazione degli uffici e l'attività dei pubblici impiegati debbano essere dirette ad assicurare un servizio costante ai cittadini.

Ciò posto, occorre evidenziare gli aspetti essenziali di questo diritto. Innanzitutto, per quanto attiene alla natura giuridica, in assenza di una esplicita presa di posizione da parte del Legislatore, si sono succeduti diversi orientamenti. Dapprima, si è pensato che esso potesse essere qualificato come un diritto potestativo esercitabile nei confronti dei pubblici poteri; successivamente, ci si è chiesti se potesse essere considerato un vero e proprio diritto soggettivo, ovvero, data la possibilità che esso venga compresso, se sia preferibile attribuirgli la natura di interesse legittimo. Successivamente, il Consiglio di Stato, sulla scorta della prevalente dottrina, ha riconosciuto al diritto di accesso la natura di diritto soggettivo pubblico (volto a conseguire le finalità della L. 241/90) e, come tale, utilizzabile a tutela di supposte lesioni sia di diritti soggettivi che di interessi legittimi; peraltro, quale diritto soggettivo pubblico, esso rappresenta un diritto autonomo esercitabile anche indipendentemente dalla pendenza di un procedimento giurisdizionale. Infine, la natura di interesse legittimo della posizione soggettiva che caratterizza l'esercente il diritto d'accesso è stata diffusamente ed in maniera ormai consolidata affermata. Quanto ai legittimati attivi, tali sono tutti coloro che vi abbiano interesse per la tutela di situazioni giuridicamente rilevanti; trattasi, comunque, di un accesso qualificato che, deve presentare i caratteri della personalità, specificità, attualità e concretezza e che, peraltro, può essere esercitato a prescindere da un interesse all'impugnativa di provvedimenti lesivi: la posizione che legittima l'accesso

agli atti della Pubblica Amministrazione (P.A.), cioè, non deve possedere necessariamente tutti i requisiti che legittimerebbero il ricorso al giudice amministrativo, in considerazione del fatto che il diritto di accesso è in funzione, anche, dell'ampia finalità di assicurare trasparenza ed imparzialità alla azione della P.A. Per quanto concerne l'oggetto dell'accesso, l'art. 22 amplia la definizione di documento amministrativo, considerando tale ogni atto, comunque realizzato (graficamente, fotograficamente, elettromagneticamente, ecc.), che sia in possesso della P.A.; siano essi atti provvedimenti o infraprocedimentali, formati dalla P.A. o provenienti dall'esterno, privati o pubblici, purché, ovviamente, utilizzati nel corso del procedimento amministrativo. Oggetto dell'accesso possono anche essere atti di cui il richiedente potrebbe avere conoscenza in altro modo (ad esempio, atti resi pubblici attraverso l'affissione all'albo pretorio) o in considerazione di poteri istruttori (ove, cioè, sia pendente una controversia), giacché il diritto di accesso deve sempre essere garantito a chi ne faccia legittima richiesta, purché, ovviamente, la richiesta non risponda ad esigenze di mera curiosità. Si è detto che il diritto di accesso, quale espressione del principio di trasparenza dell'azione amministrativa, è ampiamente riconosciuto e tutelato nel nostro ordinamento; l'art.

<sup>1</sup> Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia

<sup>2</sup> Coordinatore dei Servizi della Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Alma Mater Studiorum Università di Bologna



24 L. 241/90 e l'art. 8 D.P.R. 352/92 (regolamento esecutivo del diritto di accesso) individuano, però, taluni limiti all'esercizio di questo diritto. L'accesso è, cioè, escluso:

- per i documenti coperti da segreto di Stato;
- per i documenti la cui divulgazione è vietata dall'ordinamento;
- per quelli concernenti la sicurezza nazionale, la politica monetaria, l'ordine pubblico, la riservatezza di terzi.

Peraltro, l'esclusione è possibile solo ove si ravvisi, in concreto, l'effettiva connessione dell'atto del quale sia richiesta la conoscenza con l'interesse pubblico da tutelare e previa adeguata motivazione da cui risultino i motivi del diniego. Particolarmente controversa risulta, poi, la situazione nel caso in cui l'esigenza che giustifica il diniego dell'accesso sia quella della riservatezza di terzi. Altro limite al diritto di accesso, infine, è da rinvenire nel potere di differimento concesso alla P.A. finché la piena conoscenza degli atti richiesti possa compromettere la realizzazione dell'interesse pubblico ovvero ostacolare lo svolgimento dell'attività amministrativa.

Particolarmente rilevante risulta, nelle procedure concorsuali, stabilire con correttezza il giusto equilibrio tra il diritto di accesso in parola e la cosiddetta tutela della *privacy*. Quanto, infatti, all'attualissimo problema relativo al rapporto tra diritto di accesso e tutela della *privacy*, già l'art. 24 della L. 241/90 e l'art. 8 del D.P.R. 352/92 prevedevano la necessità di un bilanciamento tra la riservatezza dei terzi e l'esigenza

che ai richiedenti fosse garantita la visione di quegli atti la cui conoscenza fosse opportuna per curare o difendere i propri interessi. In definitiva, la normativa vigente prima della emanazione della Legge sulla *privacy* non garantiva il diritto alla riservatezza in termini assoluti, ma prevedeva che questo recedesse in presenza di un opposto e prevalente diritto all'accesso esercitato per la difesa di un interesse giuridico; tale criterio si ricava da quanto previsto dall'articolo 8 del D.P.R. 352/92 il quale, nel disciplinare le modalità di esercizio del diritto ed i suoi casi di esclusione, ha sottratto all'accesso i documenti che riguardano la vita privata o la riservatezza delle persone, ma non quando l'accesso a tali documenti dovesse essere esercitato per la difesa di un interesse da parte del richiedente. La legge in materia di tutela dei dati personali, pur assumendo un rango particolare imposto dal suo collegamento con la Convenzione di Strasburgo, non sembra stravolgere la suddetta impostazione. Innanzitutto, l'art. 24 comma 1 c) e l'articolo 43 comma 1 autorizzano, senza necessità di alcun consenso, rispettivamente, il trattamento, la diffusione ed il trasferimento all'estero (se vi è il consenso o esso è da considerarsi necessario) dei dati personali provenienti da registri, elenchi, atti o documenti pubblici conoscibili da chiunque; poi, l'articolo 19 comma 3 prevede che i soggetti pubblici possano comunicare e diffondere dati personali ai privati in presenza di specifiche disposizioni legislative o regolamentari; infine, soprattutto, l'articolo 59, in materia di accesso ai documenti, lascia ferme le vigenti disposizioni in quanto compatibili. Peraltro, quello che sembra opportuno sottolineare è che anche nei casi in cui il diritto di accesso e quello alla *privacy* abbiano ad oggetto lo stesso documento (che in ipotesi taluno richiede, ma la cui conoscibilità potrebbe ledere la riservatezza dei terzi), non è detto che essi entrino in conflitto: infatti, "il documento acquisito ex art. 22 [L. 241/90] da un soggetto legittimato nel senso sopra esposto, non è "pubblico" ai sensi dell'art. 12, comma 1, lettera c) della legge del 1996 [ora, 24 comma 1 c)] e, quindi, non può essere fatto oggetto di trattamento da parte di un terzo ai sensi di quest'ultima disposizione". L'accesso ai documenti e l'accesso ai dati personali, cioè, pur potendo avere ad oggetto, in concreto, i medesimi atti, in teoria convivono su due piani separati: l'accesso ai documenti è consentito a chiunque sia titolare di un interesse personale e concreto, e per la tutela di situazioni giuridicamente rilevanti anche a contenuto economico. Il richiedente deve motivare la richiesta e può esaminare o estrarre copia di un documento anche informativo, il quale può contenere informazioni relative a terzi, e può essere reso accessibile nella sua interezza, o depurato delle parti la cui divulgazione sarebbe lesiva della riservatezza altrui. L'accesso ai dati personali, invece, è riservato all'interessato e non



presuppone la dimostrazione dell'esistenza del diritto o dell'interesse sottostante; inoltre, non può essere differito né incontra limiti. Al tempo stesso, però, è circoscritto ai dati che riguardano l'interessato e presuppone, quindi, l'esclusione manuale o informatizzata delle informazioni riguardanti i terzi. Questa impostazione, peraltro, è confermata anche da quanto affermato dal Garante per la *privacy* il quale, in merito alla interconnessione esistente tra diritto alla trasparenza e tutela della *privacy*, ha precisato che: "La tutela dei dati personali cammina ormai con due gambe: la riservatezza e il controllo. Alla prima si addice il silenzio, all'altra la trasparenza. Non basta rimanere al riparo dalle indiscrezioni altrui: poiché la natura stessa della società in cui viviamo rende quotidiani lo scambio e la cessione di informazioni personali, è indispensabile garantire a ciascuno il diritto di mantenere il controllo sulle proprie informazioni, sull'uso che altri possono farne. Diritti individuali e trasparenza sociale si congiungono: i primi, anzi, diventano strumenti per rendere possibile la seconda. E proprio l'indicazione sulla trasparenza, che costituisce parte integrante del nuovo quadro istituzionale, è stata sempre ben presente nell'attività del Garante. Non solo sono stati rimossi gli ostacoli che, spesso in modo del tutto pretestuoso, venivano opposti alla conoscenza di determinate categorie di informazioni, invocando impropriamente la legge n. 675 [ora, D.Lgs. 196/03]. Non solo sono stati ricostruiti i rapporti tra questa legge e le norme sull'accesso ai documenti amministrativi in modo da evitare ogni ingiustificata restrizione di queste ultime. Ma sono state valorizzate pure tutte le indicazioni normative che, in un corretto bilanciamento tra tutela della riservatezza e interesse alla conoscenza, consentono il massimo controllo possibile delle attività svolte nel settore pubblico, dando così un contributo notevole alla trasparenza amministrativa. Si è subito stroncato, dunque, il tentativo di utilizzare la normativa sulla tutela dei dati personali come via per mantenere o accrescere l'opacità sociale. In questo non vi è alcuna forzatura ricostruttiva, ma la corretta individuazione della logica complessiva che ovunque è alla base dei sistemi di tutela dei dati personali. Qui, infatti, s'intrecciano l'esigenza di tutela piena del diritto di costruire la propria sfera privata e la necessità di impedire la creazione e l'esercizio di poteri incontrollati. Gli equilibri tradizionali, tutti a favore di questo tipo di poteri, sono stati ribaltati dalla legge n. 675 [ora, D.Lgs. 196/03], ed è proprio questo il dato da tener presente tutte le volte che si deve ricostruire il sistema di tutela dei dati personali. Siamo in presenza di un vero e proprio cambiamento del paradigma sociale e giuridico".

Tutto ciò, ovviamente, su di un piano teorico: quando, peraltro, venga a verificarsi in concreto un

conflitto tra i diritti in parola si deve osservare che anche dopo l'entrata in vigore della legge sulla tutela della *privacy* si è andato delineando un orientamento volto a salvaguardare il fondamentale diritto all'accesso agli atti amministrativi:

- lo stesso Garante per la protezione dei dati personali aveva già palesato in modo chiaro che la normativa in materia di tutela dei dati personali non ha abrogato le disposizioni sull'accesso ai documenti amministrativi;

- la Giurisprudenza di merito ha avuto modo di precisare che la prevalenza dell'accesso sulla riservatezza si ricava da quanto previsto dall'art. 43 della citata legge 675 [ora, 59 D.Lgs. 196/03] il quale prevede espressamente che "restano in vigore le vigenti norme in materia d'accesso";

- recentemente, infine, in tal senso si è anche pronunciato il Consiglio di Stato, il quale, dapprima ha affermato che l'interesse alla riservatezza, tutelato dalla normativa mediante una limitazione del diritto di accesso, recede quando l'accesso stesso sia stato esercitato per la difesa di un interesse giuridico; poi, risolvendo una delicata questione attinente al rapporto tra diritto di informazione, diritto di accesso agli atti e diritto alla *privacy*, ha statuito che il diritto di accesso deve sempre essere garantito sia pure nel rispetto della sopravvenuta disciplina di cui alla tutela dei dati personali.

Campo di applicazione del diritto di accesso sono anche le procedure concorsuali. In questo tipo di procedimenti del tutto discrezionali, anzi, fino al momento del massiccio utilizzo della informatica, l'esercizio del diritto di accesso appariva, per i partecipanti ai concorsi, l'unico modo per verificare, in concreto, il corretto svolgimento delle operazioni concorsuali. Anche in campo concorsuale si applicano, ovviamente, le disposizioni generali già analizzate precedentemente; pertanto, il diritto potrà essere esercitato:

- da chiunque possieda un interesse personale e qualificato;
- su qualsiasi tipo di documento in possesso della P.A.;
- formalmente o informalmente.

Peraltro, in merito a queste particolari procedure si è espressa ripetutamente la Giurisprudenza più recente, la quale ha avuto modo di porre dei rilevanti "paletti" all'esercizio del diritto in discorso precisando, ad esempio, che:

1. l'esercizio del diritto di accesso ai verbali di un concorso postula l'esistenza di un concreto interesse dell'istante che non può essere identificato nella generica pretesa ad un controllo del buon andamento dell'azione amministrativa. Ne deriva che, "...l'interesse sussiste qualora il candidato chieda di conoscere la posizione di taluni altri candidati, e

non già quando pretenda di verificare se la Commissione ha correttamente valutato le prove di tutti i candidati"<sup>1</sup>;

2. "deve escludersi l'esistenza di un controinteresse del candidato autore della prova concorsuale della quale altro candidato chiede l'esibizione"<sup>2</sup>;

3. non è ammissibile un ricorso cumulativo avente ad oggetto due domande delle quali una rivolta avverso il mancato superamento di un concorso e l'altra avverso un asserito diniego di accesso agli atti del procedimento nel quale è stato deciso l'esito del concorso;

4. "non sussistono motivi per negare l'accesso a documenti relativi alla formazione, alla assegnazione ed alla nomina dei vincitori di concorsi pubblici";

5. L'accesso ai documenti amministrativi va riconosciuto a chiunque abbia un interesse personale e concreto in relazione alla tutela di situazioni giuridicamente rilevanti; nel momento in cui viene indetta una selezione pubblica, i verbali della commissione giudicatrice non possono essere sottratti all'accesso.

<sup>1</sup> Cons. St., Comm. sp., 21.09.94 n. 1285, in Foro Amm., 1996, 175.

<sup>2</sup> Cons. St., Comm. sp., 21.09.94 n. 1285, in Foro Amm., 1996, 175.

## Introduzione alla proposta di pubblicazione di una serie di documenti relativi agli atti aziendali della Regione Toscana

Gian Franco Gensini, Antonio Conti, Andrea Des Dorides, Andrea Alberto Conti  
Presidenza Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Firenze  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (AOUC), Firenze

La base degli Atti Aziendali delle Aziende Ospedaliero Universitarie (AOU) toscane è stato il protocollo di intesa tra la Regione Toscana e le tre Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena, come approvato dal Consiglio Regionale della Toscana il 9/4/2002. Il protocollo parte dalla premessa che enuncia i principi di una fattiva collaborazione tra Regione ed Università. Tra questi principi viene detto esplicitamente che Regione ed Università “assumono l’impegno della programmazione congiunta...”. La programmazione diviene lo strumento essenziale per il conseguimento degli obiettivi in una prospettiva di integrazione. Vengono anche indicate alcune precisazioni per garantire alla Facoltà di Medicina e Chirurgia l’inscindibilità tra le funzioni di didattica, ricerca ed assistenza, ed al Sistema Sanitario Regionale il pieno esercizio delle funzioni proprie. In effetti la “mission aziendale” richiede alle AOU di giocare un ruolo in cui le finalità assistenziali siano pienamente armonizzate con quelle didattiche, in termini di definizione, costruzione e rinforzo delle competenze degli operatori, e con quelle di ricerca. Le Università devono costituire nodi essenziali della rete dei percorsi assistenziali e le AOU si devono configurare come poli integrati di eccellenza clinica, scientifica e didattica. In effetti, nell’ottica di sistema prevista dagli Atti Aziendali, le AOU sono chiamate a proporsi come contemporanee parti costitutive del Sistema Universitario e del Servizio Sanitario Regionale, vale a dire come nuove identità originali che racchiudono un nucleo di funzioni tese all’ottenimento di obiettivi complementari. In conclusione viene ribadito che i principi enunciati debbono essere contemplati nell’Atto Aziendale adottato dai Direttori Generali delle diverse AOU, d’intesa con i Rettori delle Università, ai fini appunto del raggiungimento degli obiettivi di governo, tra cui si segnalano la costante ricerca della qualità professionale mediante un percorso di formazione ed aggiornamento continui, la reale valorizzazione degli interventi assistenziali di provata efficacia, l’orientamento dei processi di cura verso la cultura della prevenzione e della tutela della salute.

I quattro Atti Aziendali delle Università toscane (a Firenze ne sono presenti infatti due, uno per l’AOU Careggi ed uno per l’AOU Meyer) rappresentano l’attuazione di questi principi con la puntualizzazione dei dettagli sia generali che specifici per ognuna delle varie realtà.

Su richiesta della Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia si dà inizio alla pubblicazione di una serie di documenti che regolano il rapporto tra le Facoltà di Medicina e Chirurgia ed i Sistemi Sanitari Regionali. Il primo documento proposto è il protocollo di intesa tra la Regione Toscana e le tre Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena (approvato dal Consiglio Regionale della Toscana il 9/4/2002).

**Protocollo d’intesa  
tra  
Regione Toscana - Giunta Regionale  
e  
Istituzioni Universitarie della Toscana**

La Regione Toscana, nella persona del Presidente della Giunta regionale Claudio Martini,  
 l'Università degli Studi di Firenze, nella persona del Rettore Prof. Augusto Marinelli,  
 l'Università degli Studi di Pisa, nella persona del Rettore Prof. Luciano Modica,  
 l'Università degli Studi di Siena, nella persona del Rettore Prof. Piero Tosi,

in attuazione dell'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517  
 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419)

*Premessa: Principi di una fattiva collaborazione tra Regione e Università*

Allo scopo di una fattiva collaborazione Regione e Università concordemente:

- definiscono la responsabilizzazione di tutte le componenti interessate nella realizzazione degli obiettivi della programmazione regionale e locale;
- sviluppano metodi e strumenti di collaborazione tra il sistema sanitario regionale ed il sistema formativo universitario tali da rispecchiare la comune volontà di perseguire, in modo congiunto, obiettivi di qualità, efficienza, efficacia e competitività del servizio sanitario pubblico, qualità e congruità - rispetto alle esigenze assistenziali - della formazione del personale medico e sanitario, potenziamento della ricerca biomedica e medico - clinica;
- esplicitano l'obiettivo di perseguire, negli adempimenti e nelle determinazioni di competenza, la qualità e l'efficienza delle attività integrate di assistenza, didattica e ricerca, nell'interesse congiunto della tutela della salute della collettività, che costituisce obiettivo del Servizio sanitario nazionale, e della funzione formativa e di ricerca propria delle Università;
- assumono l'impegno della programmazione congiunta delle attività assistenziali delle aziende ospedaliere di riferimento tenuto conto della programmazione delle attività didattiche e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia;
- ribadiscono la comune volontà di dare tempestivo e puntuale adempimento a quanto attribuito alla propria competenza e responsabilità, nel rispetto dei tempi programmati e concordati;
- si impegnano alla reciproca informazione e consultazione in ordine alle determinazioni che abbiano influenza sull'esercizio integrato delle attività di competenza;
- assicurano il rispetto dell'autonomia organizzativa e gestionale delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b) del d. lgs. 517/1999, di seguito denominate aziende ospedaliere - universitarie, e degli organi delle medesime nonché delle altre strutture nelle quali si attua l'integrazione tra attività assistenziale, didattica e di ricerca.

Gli impegni di cui ai precedenti punti debbono essere contemplati nell'Atto aziendale adottato dal direttore generale delle aziende ospedaliere - universitarie, d'intesa con il Rettore dell'Università.

La collaborazione tra Regione e Università può estendersi con modalità da concordare agli apporti formativi e tecnico scientifici di altre Facoltà in relazione a specifiche esigenze del Servizio sanitario regionale, con particolare riferimento alla necessità di privilegiare iniziative di sviluppo degli obiettivi di salute nei programmi formativi della nuova classe dirigente.

Per garantire alla Facoltà di Medicina e Chirurgia l'inscindibilità tra le funzioni di didattica, ricerca e assistenza e al Servizio sanitario regionale il pieno esercizio delle funzioni proprie, la Regione e l'Università assicurano:

- l'autonomo esercizio delle responsabilità gestionali da parte dell'azienda ospedaliero - universitaria;
- il rispetto dello stato giuridico del personale dei rispettivi ordinamenti;
- l'autonomia dell'Università nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca che sono svolte, nel pieno rispetto dei diritti di salute del cittadino, tenuto conto dei necessari compiti assistenziali;
- un riconoscimento economico al personale impegnato, indipendente dallo stato giuridico, correlato alle funzioni assistenziali svolte e ai risultati gestionali raggiunti, secondo quanto stabilito in applicazione dell'articolo 6 del d.lgs. 517/1999 dalla deliberazione della Giunta regionale del 29 ottobre 2001, n. 1173 (Protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e le Università di Firenze, Pisa e Siena: applicazione degli articoli 5 e 6 del d.lgs n. 517 del 1999 e dell'articolo 15-nonies, comma 2, del d.lgs n. 502 e successive modifiche)

adottano  
 il seguente protocollo d'intesa:

Art. 1  
 (Oggetto)

*1. Apporto assistenziale della Facoltà di Medicina e Chirurgia*

Le Università e la Regione, nel rispetto delle reciproche autonomie e delle reciproche finalità istituzionali, convengono che le Università concorrano alla programmazione sanitaria regionale ed al raggiungimento degli obiettivi fissati con le attività assistenziali svolte in connessione con le attività didattiche e di ricerca della Facoltà di Medicina e dei suoi corsi di studio. Tali attività si svolgeranno nelle aziende ospedaliere - universitarie e, secondo specifici accordi, in altre aziende del Servizio sanitario regionale.

*2. Attività didattiche e di ricerca finanziate dalla Regione*

L'integrazione tra le Università e la Regione riguardo alla funzione formativa e di ricerca e all'attività assistenziale dovrà realizzarsi, oltre che in relazione alle esigenze relative ai corsi di studio, anche nelle altre attività formative previste dal Piano sanitario regionale. Riguardo all'attività di ricerca, le aziende ospedaliere - universitarie sono inserite, come previsto dalla normativa nazionale in tema di finanziamento delle attività sanitarie, nella fascia più elevata di quelle alle quali sono riservati finanziamenti per le funzioni in materia di ricerca scientifica. Regione ed Università con specifici protocolli esecutivi individuano le priorità ed i progetti da attivare nell'ambito degli impegni economici, da assumere rispettivamente. In particolare, le Università concorderanno con la Regione la definizione e l'attuazione di

progetti di ricerca finalizzati a sviluppare innovazioni scientifiche, nuovi istituti di gestione anche sperimentali nonché nuovi modelli organizzativi e formativi.

*3. Protocollo d'intesa e Piano Sanitario Regionale (PSR): partecipazione universitaria alla programmazione*

Le Università di Firenze, Pisa e Siena contribuiscono, per gli aspetti concernenti le strutture e le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca, all'elaborazione del Piano sanitario regionale nonché alla definizione di indirizzi di politica sanitaria e di ricerca, di programmi di intervento e all'applicazione dei nuovi modelli organizzativi delle strutture e delle attività di cui al comma precedente. In sede di adozione o di adeguamento del Piano sanitario regionale, la Regione Toscana acquisisce formalmente, in ordine alle materie di cui al presente comma, il parere delle Università sedi della Facoltà di Medicina e Chirurgia ubicate nel proprio territorio. Il Piano sanitario regionale tiene, altresì, conto dell'intesa raggiunta tra la Regione e le Università per le attività di didattica e di ricerca, programmate dalle Facoltà di Medicina e Chirurgia, che interessino i rispettivi territori. Il parere delle Università è reso direttamente o attraverso il Comitato Regionale di Coordinamento delle Università di cui all'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 27 gennaio 1998, n. 25 (Regolamento recante disciplina dei procedimenti relativi allo sviluppo ed alla programmazione del sistema universitario, nonché ai comitati regionali di coordinamento, a norma dell'articolo 20, comma 8, lettere a) e b), della legge 15 marzo 1997, n. 59). Il parere si intende espresso in senso favorevole qualora non pervenga entro sessanta giorni dal ricevimento della richiesta. I pareri e le intese previste al presente comma, ovvero l'attestazione della mancata espressione del parere nei termini indicati, sono allegati allo schema o progetto di Piano sanitario regionale da trasmettere al Ministro della Sanità ai sensi dell'articolo 1, comma 14, del d.lgs. 502/1992. Per le materie che implicano l'integrazione tra attività assistenziali, didattiche e di ricerca, la Regione e l'Università prevedono, con atto specifico, forme di collaborazione nell'elaborazione e nella stesura di proposte per la formulazione del Piano sanitario regionale o di altri documenti o progetti concernenti la programmazione attuativa regionale e locale, tenendo conto dei programmi di sviluppo delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, già deliberati dalle stesse e approvati dagli organi dell'ateneo, trasmessi alla Regione ed alle aziende. Per quanto concerne l'individuazione di strutture assistenziali essenziali per le finalità istituzionali della Facoltà di Medicina e Chirurgia, il presente protocollo può essere integrato o rimodulato anche prima della sua scadenza con apposite intese tra la Regione e le Università, qualora se ne ravvisino le ragioni d'urgenza sotto il profilo assistenziale e di opportunità didattico - scientifica. Le modifiche devono seguire lo stesso iter applicativo previsto dal presente protocollo.

Art. 2

*(Parametri per l'individuazione delle attività assistenziali integrate con le funzioni di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia)*

1. Le tipologie delle attività assistenziali necessarie alle attività di formazione e ricerca svolte all'interno dell'azien-

da ospedaliero - universitaria sono definite nell'atto aziendale di cui all'articolo 6, in relazione all'organizzazione dipartimentale individuata ai sensi dell'articolo 4, comma 7, sulla base dei seguenti principi generali:

- a) favorire la massima integrazione tra le attività di assistenza, didattica e ricerca;
- b) valutare gli esiti dei procedimenti di concertazione di area vasta, l'evoluzione del processo di deospedalizzazione e l'andamento dell'attività legata alla mobilità ospedaliera interregionale;
- c) valutare le necessità connesse con le funzioni di supporto allo svolgimento dei corsi di laurea sanitari;
- d) agire nell'ambito della programmazione regionale e aziendale e di quella universitaria.

Salvo diverse risoluzioni assunte nell'atto aziendale, il numero complessivo dei posti letto riferito alle attività assistenziali necessarie a quelle didattiche e di ricerca è determinato, di norma, dalla somma di quelli correlati al:

- numero degli immatricolati al primo anno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia, nel rapporto di 3 posti letto per ciascun studente;
- numero degli immatricolati al primo anno delle Scuole di specializzazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia, nel rapporto di 1 posto letto per ciascuna borsa di studio bandita per specializzazioni cliniche.

2. Le strutture aziendali sono:

- a) i Dipartimenti;
- b) le altre strutture assistenziali complesse;
- c) le strutture semplici;
- d) le articolazioni funzionali interne alle strutture di cui alla lettera b);

secondo quanto individuato nell'atto aziendale di cui all'articolo 6 del presente protocollo.

Sono altresì attivabili i programmi di cui all'articolo 5, comma 4, del d.lgs. 517/1999.

3. Nell'azienda ospedaliero - universitaria deve essere prevista la presenza, nelle strutture aziendali di cui al comma 2, delle attività assistenziali a responsabilità universitaria, inerenti tutte le discipline previste nei regolamenti didattici di Ateneo per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

4. Per lo svolgimento integrato delle attività didattiche le Università si impegnano ad individuare, secondo le disposizioni normative vigenti, di concerto con le aziende ospedaliere - universitarie e nell'ambito della programmazione regionale e locale, sedi di attività formativa, relativa alle lauree sanitarie e alle scuole di specializzazione, anche presso le strutture ospedaliere e territoriali delle aziende unità sanitarie locali delle aree vaste di rispettiva competenza; qualora per specifiche attività formative non siano disponibili sedi presso l'azienda ospedaliera - universitaria o le predette strutture delle aziende unità sanitarie locali, con le stesse modalità e di concerto con la medesima azienda ospedaliera - universitaria, è consentito individuare sedi anche presso strutture private accreditate. Il conseguente rapporto viene stipulato d'intesa con l'azienda ospedaliera - universitaria ed entro i limiti del rapporto contrattuale vigente fra l'azienda unità sanitaria locale e la medesima istituzione privata.

Art. 3

*(Finanziamento delle aziende)*

1. Al sostegno economico-finanziario delle attività svolte dalle aziende ospedaliere - universitarie concorrono risorse messe a disposizione sia dall'Università sia dal Fondo sanitario regionale. Queste ultime comprendono:

a) corrispettivo delle prestazioni prodotte, secondo i criteri di finanziamento dell'assistenza ospedaliera stabiliti dalla Regione;

b) altri finanziamenti per l'attuazione di programmi di rilevante interesse regionale, definiti di comune accordo tra Regione e Università, non finanziati secondo quanto previsto alla lettera a). Si conviene che detti finanziamenti siano articolati in due fondi distinti previsti dal Piano sanitario regionale: il primo, denominato Fondo di sostegno all'attività delle funzioni regionali di riferimento ed all'attività non sufficientemente remunerata delle aziende ospedaliere, determinato in misura pari allo 0,75% del Fondo sanitario regionale per il triennio di validità del Piano sanitario regionale e attribuito ed impiegato secondo le previsioni ivi contenute; il secondo, denominato Fondo per la diffusione dell'innovazione nelle aziende ospedaliere, determinato per il triennio di validità del Piano sanitario regionale in misura pari al 3% della valorizzazione annua dell'attività assistenziale complessiva di ogni azienda ospedaliere - universitaria una volta che la valorizzazione stessa sia stata decurtata del risparmio corrispondente alla maggiore spesa di personale che avrebbe dovuto sostenere l'azienda per produrre la stessa attività in carenza dell'apporto della componente universitaria, con erogazione dei finanziamenti alle predette aziende nelle modalità indicate nel Piano sanitario regionale 1999 - 2001.

Al fine di ottimizzare quanto previsto al punto b), le Università e la Regione costituiscono un tavolo permanente fra gli Atenei toscani, sedi della Facoltà di Medicina e Chirurgia, il Dipartimento regionale e le direzioni delle aziende ospedaliere.

2. La Regione classifica le aziende ospedaliere - universitarie nella fascia di presidi a più elevata complessità assistenziale e riconosce alle medesime i maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca. La Regione corrisponde all'azienda ospedaliere - universitaria un'integrazione pari ad una quota percentuale della valorizzazione annua dell'attività assistenziale complessiva una volta che la valorizzazione stessa sia stata decurtata del risparmio corrispondente alla maggiore spesa di personale che avrebbe dovuto sostenere l'azienda per produrre la stessa attività in carenza dell'apporto della componente universitaria. Tale quota percentuale è determinata nel triennio di validità del Piano sanitario regionale in misura pari al 6% per l'anno 2002, al 7% per l'anno 2003 e all'8% per l'anno 2004 e va a formare il Fondo di sostegno delle attività delle aziende ospedaliere. Le risorse corrispondenti sono impiegate nel bilancio aziendale per l'integrazione dell'attività assistenziale con quella didattica e scientifica, secondo programmi concordati fra rettore e direttore generale, in conformità alle previsioni del Piano sanitario regionale.

3. Gli oneri sostenuti dall'Università per la retribuzione del personale universitario inserito nelle attività assistenziali dell'azienda ospedaliere - universitaria e per le immobilizzazioni e le attrezzature universitarie, utilizzate anche per

l'assistenza, devono essere rilevati nell'analisi economica e finanziaria delle aziende ed evidenziati nei rispettivi atti di bilancio.

4. Programmi di ricerca biomedica e di innovazione assistenziale ed organizzativa riconosciuti di interesse comune da Regione ed Università sono finanziati dalla Regione attraverso modalità e tempi concordati.

Art. 4

*(Organizzazione interna delle aziende ospedaliere universitarie. Dipartimentalizzazione)*

1. Il direttore generale delle aziende ospedaliere - universitarie è nominato dal Presidente della Giunta regionale d'intesa con il Rettore dell'Università. Con separato atto sono disciplinati i procedimenti di verifica dei risultati dell'attività del direttore generale e le relative procedure di conferma e revoca.

2. L'organizzazione delle aziende ospedaliere - universitarie è definita nell'Atto aziendale in modo da assicurare lo svolgimento pieno e integrato delle funzioni assistenziali, didattiche e scientifiche da parte delle Facoltà di Medicina e Chirurgia.

3. Per ciascuna azienda ospedaliere - universitaria è costituito, nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 4 del d.lgs. 517/1999, l'organo di indirizzo composto da tre membri:

- a) il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia;
- b) un membro esperto in materia di organizzazione e di programmazione dei servizi sanitari, nominato dal Presidente della Giunta regionale;
- c) l'Assessore regionale al diritto alla salute che lo presiede.

Partecipano ai lavori dell'organo di indirizzo il direttore generale e il rettore dell'Università.

4. I posti letto per le strutture di degenza, di cui all'articolo 2, e le altre strutture assistenziali, vengono attribuiti all'azienda ospedaliere - universitaria, nonché ad altre aziende sanitarie individuate nel presente protocollo d'intesa, secondo quanto previsto all'articolo 2, comma 4.

5. I dipartimenti ad attività integrata (di seguito indicati come DAI) rappresentano un modello di dipartimento peculiare delle aziende ospedaliere - universitarie. Essi assicurano l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca attraverso una composizione coerente tra attività assistenziali e settori scientifico - disciplinari. Per corrispondere alle esigenze connesse con l'erogazione delle prestazioni sanitarie le aziende possono altresì costituire dipartimenti assistenziali (di seguito indicati come DA).

6. Le aziende ospedaliere - universitarie organizzano le proprie attività assistenziali in forma dipartimentale, con lo scopo di:

- a) fornire al cittadino percorsi assistenziali coordinati sotto il profilo della gestione dei profili diagnostici, terapeutici e riabilitativi e integrati all'interno della rete ospedaliera regionale;
- b) garantire il più alto livello possibile di appropriatezza delle cure attraverso l'applicazione di linee - guida tecnico - professionali;
- c) assicurare coerenza e tempestività nell'erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative.

Il modello organizzativo dipartimentale della singola azienda ospedaliero – universitaria nasce dalla necessità di fondere l'esigenza di ottimizzare i processi scientifici e didattici con quella di sviluppare la centralità del cittadino nei processi assistenziali, e si realizza attraverso modalità e forme originali e avanzate che consentano, in ciascuna azienda, di assicurare l'equilibrato sviluppo dei due approcci attraverso specifiche iniziative di riorganizzazione, anche a carattere sperimentale.

7. I dipartimenti aziendali sono individuati nell'ambito del Piano Attuativo Ospedaliero in sede di programmazione concordata tra l'azienda ospedaliero - universitaria e l'Università, sulla base dei seguenti indirizzi:

- possono essere organizzati secondo le seguenti tipologie:

- a) per aree funzionali ospedaliere,
- b) per particolari finalità assistenziali,
- c) per gruppi di patologie, di organi e di apparati;

- sono costituiti, di norma, attraverso l'aggregazione funzionale di almeno tre strutture complesse, salvo particolari e specifiche esigenze assistenziali e didattico - scientifiche, e sono attivati sulla base di uno specifico obiettivo assistenziale;

- sono finalizzati a conseguire l'obiettivo predefinito attraverso l'ottimizzando delle risorse impiegate, secondo le previsioni del bilancio aziendale.

8. I DAI e i DA assorbono progressivamente i dipartimenti misti ove esistenti.

9. I DAI e i DA sono costituiti dalle strutture assistenziali, complesse e semplici, e dalle articolazioni funzionali o moduli, ivi compresi quelli speciali per i programmi di cui all'articolo 5, comma 4, del d. lgs. 517/1999, individuate nell'Atto aziendale, tenuto conto delle esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca. L'atto aziendale individua altresì l'organizzazione di supporto, amministrativo e sanitario, di cui si avvale il direttore del dipartimento per l'esercizio delle proprie funzioni gestionali e direzionali.

10. Possono essere previsti programmi interdipartimentali, finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca di più dipartimenti con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale.

11. I direttori dei DAI sono nominati dal direttore generale, d'intesa con il Rettore, tra i responsabili delle strutture complesse di cui si compone il dipartimento, sulla base di requisiti di capacità gestionale ed organizzativa, esperienza professionale e curriculum scientifico. Per i dipartimenti individuati nella programmazione concertata delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, qualificati come essenziali ai fini dell'espletamento delle funzioni assistenziali della Facoltà di Medicina, correlate ai settori scientifico - disciplinari, il direttore è scelto fra i professori universitari, salvo diverse determinazioni previste negli atti aziendali, per specifici casi, ferma restando comunque la titolarità dell'Università per la didattica e la ricerca.

12. Il dipartimento aziendale è organizzato come centro unitario di responsabilità e di costo, in modo da garanti-

re, nel rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse finanziarie allo stesso assegnate dall'azienda ospedaliero – universitaria attraverso il procedimento di negoziazione del budget, l'unitarietà della gestione, l'ottimale collegamento tra assistenza, didattica e ricerca e la flessibilità operativa. Il direttore del dipartimento assume responsabilità di tipo direzionale e gestionale in ordine alla razionale e concreta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, avvalendosi del supporto di cui al comma 9. La valutazione annuale del direttore del dipartimento viene condotta attraverso la verifica del conseguimento dei suddetti obiettivi attribuiti dall'azienda.

13. L'atto aziendale definisce le modalità e i termini di partecipazione dei dirigenti sanitari del Servizio sanitario nazionale all'attività didattica e le forme e le modalità di accesso dei medesimi dirigenti ai fondi di ateneo di cui all'articolo 4, comma 2, della legge 19 ottobre 1999, n. 370 (Disposizioni in materia di università e di ricerca scientifica e tecnologica), sulla base dei seguenti criteri direttivi:

a) il personale del Servizio sanitario regionale partecipa all'attività didattica in varia veste, esercitando docenza, tutoraggio ed altre attività formative, in funzione dell'organizzazione delle didattiche prevista dalle strutture didattiche dell'Università;

b) l'Università e l'azienda valutano, di concerto, le attività didattiche che possono essere svolte dal personale del Servizio sanitario regionale;

c) il suddetto personale viene messo a disposizione dall'azienda ospedaliero – universitaria salvaguardando le esigenze relative all'esercizio delle funzioni assistenziali.

#### Art. 5

##### *(Identificazione, definizione e dimensionamento delle strutture assistenziali complesse)*

1. Le attività e le strutture assistenziali complesse, funzionali alle esigenze di didattica e di ricerca dei Corsi di studio della Facoltà di Medicina e Chirurgia, sono individuate sulla base di soglie operative, consistenti nei livelli minimi di attività definiti sia secondo criteri di essenzialità, efficacia assistenziale ed economicità nell'impiego delle risorse professionali, sia di funzionalità e di coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca.

2. Per le attività assistenziali tali livelli minimi di attività sono rappresentati da un adeguato numero di casi trattati o da adeguati volumi di attività richiesti dalla programmazione regionale per garantire la qualificazione della struttura. Nelle schede allegate al presente protocollo sono riportati valori indicativi delle soglie operative per le attività di ricovero ospedaliero, da assumere per l'elaborazione dell'atto aziendale. Per le esigenze della didattica e della ricerca, inscindibili da quelle assistenziali, ulteriori parametri essenziali per l'istituzione delle strutture complesse sono altresì il numero di professori e ricercatori universitari assegnati alla struttura, il numero medio di allievi che ad essa ordinariamente afferiscono nonché l'esistenza di coordinamenti e partecipazioni a progetti finanziati da organismi nazionali o internazionali, la disponibilità di laboratori sperimentali e la ricerca svolta nei settori scientifico - disciplinari valutata con parametri oggettivi.

3. Tenuto conto dei valori indicativi delle soglie operative di cui al comma 2, dei dati di attività relativi al triennio precedente e di una stima sulla loro evoluzione, il numero delle strutture complesse viene individuato nell'atto aziendale sulla base delle indicazioni della programmazione di livello regionale e di area vasta e avuto riguardo alla complessità delle prestazioni e dell'impegno assistenziale ed alle esigenze della didattica e della ricerca.

L'istituzione di una struttura assistenziale complessa, funzionale alle esigenze della didattica e della ricerca delle Facoltà di Medicina, è correlata alla valutazione di parametri scientifici, didattici e clinico - assistenziali, il cui peso relativo può variare a seconda del settore scientifico - disciplinare considerato, fermo restando il fatto che, per tali tipologie di strutture costituisce elemento irrinunciabile, la presenza di adeguati parametri didattici e scientifici di cui al comma 2.

4. Programmi di sviluppo dell'attività assistenziale o della didattica e della ricerca, definiti in sede di programmazione concordata fra l'azienda e l'Università, possono motivare l'aumento nel numero previsto di strutture complesse ovvero la costituzione di nuove strutture, comunque entro limiti massimi di incremento stabiliti nell'atto aziendale. Situazioni di operatività ridotta, discontinua o limitata nel triennio considerato possono altresì determinare, previa opportuna valutazione, la programmazione concordata della riduzione del numero delle strutture complesse individuate o la modifica delle medesime.

5. Ai sensi dell'articolo 52, comma 8, della l.r. 22/2000, le aziende ospedaliero - universitarie possono costituire, in via sperimentale, strutture assistenziali di particolare interesse per la ricerca. Dette strutture possono essere confermate, in via definitiva, al termine della fase sperimentale.

#### Art. 6 (Atto aziendale)

1. L'atto aziendale viene adottato dal direttore generale d'intesa con il Rettore dell'Università, previo parere della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 46, comma 6, della l.r. 22/2000; a tal fine il direttore generale, acquisita l'intesa trasmette l'atto alla Giunta regionale. Esso è l'atto di diritto privato necessario per l'esercizio delle attività delle aziende ospedaliero - universitarie e trova fondamento nel presente protocollo d'intesa, diventandone piena attuazione.

2. L'atto aziendale individua:

a) i dipartimenti dell'azienda ospedaliero - universitaria, attraverso l'indicazione dei DAI e dei DA, l'elencazione delle strutture che li compongono, l'indicazione di quelle a responsabilità universitaria;

b) i professori e ricercatori universitari nonché le figure equiparate di cui all'articolo 16 della legge 19 novembre 1990, n. 341 (Riforma degli ordinamenti didattici universitari), in caso di conferimento di compiti didattici, che svolgono attività assistenziale presso l'azienda ospedaliero - universitaria. I predetti sono individuati, in conformità ai criteri stabiliti dal presente protocollo, dal direttore generale d'intesa con il rettore e sono riportati in apposito elenco ove è indicata la loro afferenza al dipartimento aziendale, assicurando la coerenza fra il settore scientifico - disciplinare di inquadramento e la specializzazione disciplinare posseduta con l'attività del dipartimento, e la modalità di

aggiornamento del predetto elenco;

c) l'impegno orario minimo di presenza nelle strutture aziendali del personale di cui alla lettera b);

d) i rapporti fra dipartimenti aziendali, assicurando nel funzionamento dei DAI e dei DA, piena compatibilità tra attività assistenziali e attività didattiche e scientifiche;

e) l'articolazione organizzativa aziendale attraverso l'individuazione delle strutture, complesse e semplici, di riferimento e, fra queste, quelle a direzione universitaria e a direzione del Servizio sanitario nazionale, fermo restando che entrambe possono avere al loro interno l'apporto di personale universitario e di personale del Servizio sanitario nazionale;

f) le procedure per l'istituzione, la modifica, la soppressione e le modalità di organizzazione interna dei dipartimenti aziendali e delle strutture assistenziali, semplici e complesse, che li compongono, assicurando, per quanto concerne le attività didattiche e scientifiche, l'intesa fra il rettore e il direttore generale;

g) le modalità per l'istituzione, d'intesa fra il Rettore ed il direttore generale, del collegio tecnico per la valutazione e la verifica delle attività svolte dai professori e ricercatori universitari, di cui all'articolo 5, comma 13, del d.lgs. 517/1999;

h) la procedura di attribuzione e quella di revoca degli incarichi di direzione dei dipartimenti aziendali, tenendo conto delle esigenze formative e di ricerca oltre che di quelle assistenziali;

i) la procedura di attribuzione e quella di revoca degli incarichi di direzione delle strutture assistenziali complesse, di quelli di responsabilità delle strutture semplici, delle articolazioni funzionali o dei moduli nonché di quelli di natura professionale, effettuata dal direttore generale, d'intesa con il Rettore per il personale di cui alla lettera b), su proposta del responsabile della struttura complessa di riferimento, tenendo conto delle esigenze formative e di ricerca oltre che assistenziali;

j) la procedura di attribuzione e quella di revoca ai professori e ricercatori universitari della responsabilità e della gestione dei programmi di cui all'articolo 5, comma 4, del d.lgs. 517/1999, effettuata dal direttore generale sentito il Rettore;

k) la procedura di nomina, d'intesa fra il rettore ed il direttore generale, dei garanti per i procedimenti di sospensione, di cui all'articolo 5, comma 14, del d.lgs. 517/1999;

l) quant'altro riguardi l'adozione degli atti normativi interni di carattere generale.

Ai fini della predisposizione dell'elenco di cui alla lettera b), il direttore generale d'intesa con il rettore provvede con atto ricognitivo ad individuare il personale che, all'entrata in vigore del d.lgs. 517/1999, risultava svolgere attività assistenziale presso le strutture aziendali, con rilevazione delle funzioni di direzione di struttura svolte alla predetta data.

3. Nell'atto aziendale viene rilevato lo stato di funzionamento e la situazione finanziaria e contabile iniziale dell'azienda ospedaliero - universitaria; nel medesimo atto viene altresì definita l'entità finanziaria delle risorse patrimoniali, in beni mobili ed immobili, attrezzature, arredi, dotazioni finanziarie, e delle unità di personale medico e non medico, per la quota parte delle attività di

rilevanza assistenziale, conferite alle aziende ospedaliero - universitarie dall'Università, dalla Regione e da altri soggetti. Con l'atto aziendale sono, in particolare:

a) concessi a titolo gratuito all'azienda ospedaliero - universitaria di riferimento fino a quando rimangono adibiti a tale uso, i beni demaniali o comunque in uso gratuito e perpetuo all'Università, nonché quei beni immobili di proprietà dell'Università, già destinati in modo prevalente alle attività assistenziali. Possono essere altresì concessi a titolo gratuito all'azienda ospedaliero - universitaria i beni mobili di proprietà dell'Università, sempreché destinati in modo prevalente alle attività assistenziali. Le aziende individuano nei propri bilanci i finanziamenti necessari per curarne la manutenzione ordinaria e straordinaria, così come per la sostituzione di attrezzature e l'adeguamento di immobili a nuove finalità;

b) individuati gli immobili locati per i quali l'azienda succede all'Università nei rapporti di locazione.

4. L'atto aziendale disciplina, nell'ambito di appositi indirizzi e intese di livello regionale, le modalità della partecipazione congiunta delle organizzazioni sindacali universitarie ed ospedaliere al tavolo di relazioni sindacali con l'azienda ospedaliero - universitaria, così come la partecipazione nella delegazione di parte pubblica di una rappresentanza dell'amministrazione universitaria. Per le trattative relative all'area negoziale medica la rappresentanza sindacale universitaria sarà comunque costituita da personale medico. Resta ferma l'autonomia negoziale

della dirigenza medica del Servizio sanitario regionale per tutta la normativa contrattuale di specifica pertinenza.

5. L'atto aziendale prevede che, per l'adozione dei piani attuativi ospedalieri, degli atti di programmazione locali, interaziendali e di area vasta, dei piani e programmi pluriennali di investimento e del bilancio economico preventivo e d'esercizio, l'azienda acquisisca, tramite il Rettore, il parere dell'Università. Il parere s'intende espresso in senso favorevole qualora non pervenga entro 30 giorni dalla trasmissione al rettore della proposta.

Art. 7

*(Collaborazione fra Università e Regione per soddisfare le specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale connesse alla formazione degli specializzandi nonché alla formazione infermieristica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione)*

1. La collaborazione fra Università e Regione per soddisfare le specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale connesse alla formazione degli specializzandi e del personale delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, si attua con l'individuazione delle attività e delle strutture assistenziali funzionali alle esigenze di didattica e di ricerca dei corsi di studio della Facoltà di Medicina e Chirurgia e tiene conto delle funzioni di supporto allo svolgimento di tali corsi da parte delle strutture delle aziende

**Allegato al protocollo d'intesa**

*Scheda b1 - Scoglie operative area medica*

funzioni operative di piano	soglia operativa
medicina generale	1.000
cardiologia, utic, riabilitazione cardiologica, cardiologia invasiva diagnostica e terapeutica	1.000
psichiatria	300
neurologia, neurofisiopatologia e riabilitazione neurologica	800
dermatologia	800
malattie infettive	1.000
nefrologia e nefrologia dei trapianti	600
radioterapia	800
pneumologia e fisiopatologia respiratoria, compreso riabilitazione	800
ematologia ed ematologia dei trapianti	600
oncologia medica	1.200
medicina del lavoro	100
endocrinologia	500
gastroenterologia	600
immunologia e allergologia	300
geriatria	1.200
tossicologia	1.500
interventi medici di recupero e rieducazione funzionale	400
reumatologia	800
diabetologia	800
unità spinale	600
altre funzioni regionali	800

ospedaliero - universitarie, delle aziende Unità sanitarie locali, e di eventuali altre strutture.

2. Per le esigenze di cui al precedente comma sono individuati, entro sei mesi dalla stipula del presente protocollo, con apposito atto d'intesa tra Università e Regione, che costituisce parte integrante del presente protocollo, specifici parametri in termini di strutture, attrezzature, personale e fondi di funzionamento, rapportati al numero di allievi ammessi alla frequenza in ciascuna struttura, definiti tenendo conto della tipologia e dei volumi dell'attività assistenziale necessaria per la formazione degli specializzandi e del personale sanitario. Per le strutture di degenza nelle quali è prevista la frequenza degli specializzandi e degli studenti dei corsi di studio delle professioni sanitarie, i posti letto sono comunque all'interno di quelli indicati nell'articolo 2.

3. Le strutture del Servizio sanitario nazionale alle quali è attribuita la funzione di coordinamento delle

attività svolte in collaborazione con l'Università nella formazione degli specializzandi, nei corsi di laurea (e, in via transitoria, nei corsi di diploma universitario) delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, saranno individuate nell'intesa di cui al comma 2, su indicazione della Regione.

Art. 8

*(Compartecipazione della Regione e delle Università ai risultati di gestione delle aziende)*

1. Ferme restando le modalità di compartecipazione ai risultati di gestione delle aziende da parte delle Università, stabilite all'articolo 10 del decreto del Presidente del Consiglio 24 maggio 2001 (Linee guida concernenti i protocolli d'intesa da stipulare tra regioni e Università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1,

*Scheda b2 – Soglie operative area chirurgia*

funzioni operative di piano	soglia operativa
chirurgia generale	1.200
ortopedia e traumatologia compresa riabilitazione ortopedica	1.500
otorinolaringoiatria e audiologia	2.000
oculistica	2.000
urologia	1.200
cardiochirurgia	800
neurochirurgia e neurotraumatologia	1.000
chirurgia maxillo facciale	600
chirurgia toracica	600
altre funzioni regionali	1.000

*Scheda b3 – Soglie operative area materno infantile*

funzioni operative di piano	soglia operativa
ostetricia ginecologia	2.000
pediatria	1.200
neuropsichiatria infantile	800
chirurgia pediatrica	800
terapia intensiva neonatale	600
altre funzioni regionali	600

*Scheda b4 – Soglie operative area terapie intensive*

funzioni operative di piano	soglia operativa
anestesia, rianimazione, terapia intensiva polifunzionale	400
unità di terapia intensiva coronarica	400
grandi ustioni	100
altre funzioni regionali	300

comma 2, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517. Intesa, ai sensi dell'art. 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59), in caso di risultati negativi la Regione e l'Università interessata concordano appositi piani di rientro poliennali sulla base delle indicazioni dell'organo di indirizzo di cui all'articolo 4 del presente protocollo. Il piano di cui sopra viene sottoposto alla Giunta regionale e al comitato universitario regionale di Coordinamento. I risultati positivi di gestione dell'azienda ospedaliero - universitaria, dedotte le quote destinate al ripiano di eventuali risultati negativi degli anni precedenti determinate in base ai piani di rientro concordati, sono utilizzati per il finanziamento di programmi di interesse assistenziale finalizzati alla ricerca e allo sviluppo della qualità delle prestazioni. Le quote di compartecipazione di Regione e Università ai risultati di gestione delle aziende ospedaliero - universitarie sono determinate nell'atto aziendale di cui all'articolo 6 del presente protocollo, sulla base di criteri che tengono conto dei risultati di gestione delle strutture aziendali a direzione ospedaliera ed universitaria, rilevabili dalla contabilità aziendale.

Art. 9

*(Nome transitorie e finali)*

1. Entro 180 giorni dalla sottoscrizione del presente protocollo, il direttore generale dell'azienda ospedaliero - universitaria trasmette alla Giunta regionale per l'esame di competenza l'atto aziendale di cui all'articolo 6. Trascorso tale termine infruttuosamente, il presidente della Giunta regionale adotta, di concerto con il rettore dell'Università interessata, le determinazioni di competenza.

Letto, confermato e sottoscritto in Firenze

Claudio Martini – Presidente della Regione Toscana  
Prof. Augusto Marinelli – Rettore dell'Università  
degli Studi di Firenze  
Prof. Luciano Modica - Rettore dell'Università  
degli Studi di Pisa  
Prof. Piero Tosi - Rettore dell'Università  
degli Studi di Siena