



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

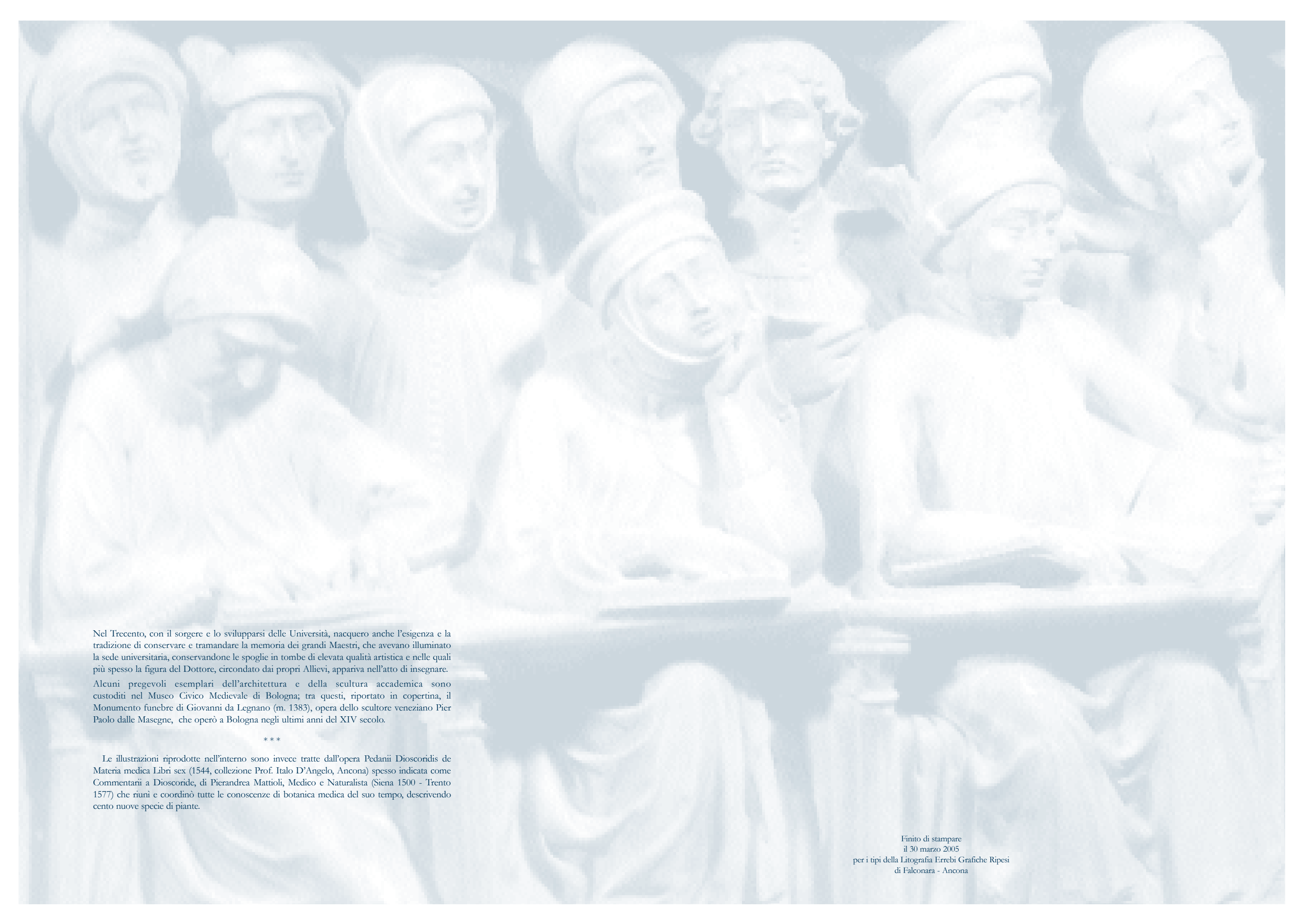
Amministrazione e stampa, Errebi Falconara

Segretaria di Redazione, Daniela Pianosi

Direttore Responsabile, Giovanni Danieli

Sommario

- 1055 *Presentazione, Luigi Frati e Giovanni Danieli*
EDITORIALE
- 1056 *La Facoltà di Medicina e Chirurgia in una società che cambia*
Pasquale Marano
- 1061 *La riforma delle riforme: il nuovissimo Ordinamento Didattico delle Università*
Eugenio Gaudio
CONFERENZA PERMANENTE DEI PRESIDENTI DEI CCLM IN MEDICINA E CHIRURGIA
- 1063 *Dalla valutazione della qualità del sistema ai principi di accreditamento.*
Il modello di Medicina e Chirurgia: on site visit di valutazione fra pari
Andrea Lenzi, Sabrina Luccarini, Giovanni Danieli
- 1068 *Indagine nazionale su Ingresso a Medicina e risultati I e II anno. Correlazione tra maturità, test d'ingresso ministeriale, media degli esami I e II anno ed esami di fisica, chimica e biologia*
Giuseppe Familiari
- 1074 *Le prove di valutazione nei Corsi di Laurea della Facoltà di Medicina: imparare a scegliere in una cassetta d'attrezzi piena di strumenti diversi*
Pietro Gallo
- 1077 *Educazione Continua in Medicina, un progetto FAD: approccio clinico e terapia del diabete mellito*
Fabio Capani
CONFERENZA PERMANENTE DELLE CLASSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE
- 1080 *L'utilizzo dell' objective structured clinical examination nella prova finale abilitante del Corso di Laurea in Infermieristica del Campus Bio Medico di Roma*
Maria Matarese
- 1083 *Il Core values, un modello pedagogico per la valutazione dei comportamenti professionali*
Paolo Pillastrini, Lucia Bertozzi, Viviana Montevocchi
- IRNERIO LUMEN IURIS
- 1087 *Il responsabile del procedimento*
Maria Paola Landini e Paolo De Angelis
- DOCUMENTI
- 1092 *La Carta di Firenze*
Gianfranco Gensini, Alessandro Mugelli



Nel Trecento, con il sorgere e lo svilupparsi delle Università, nacquerò 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 *Pedrii Dioscoridis de Materia medica Libri sex* (1544, collezione Prof. Italo D'Angelo, Ancona) spesso indicata come *Commentarii a Dioscoride*; di Pierandrea Mattioli, Medico e Naturalista (Siena 1500 - Trento 1577) che riunì e coordinò tutte le conoscenze di botanica medica del suo tempo, descrivendo cento nuove specie di piante.

Presentazione

Luigi Frati e Giovanni Danieli

Vi sono pericolose correnti di pensiero che prevedono la ricerca collocata in sedi diverse dall'Università ed altre che intendono l'Università stessa quale strumento di formazione professionale; critico verso queste tendenze ed anche nei riguardi del modello americano di privilegiare due tipologie di università quella di ricerca, per una élite di studiosi, e quella di insegnamento, per una popolazione di massa, Pasquale Marano riafferma, nell'editoriale che apre questo fascicolo, l'inscindibilità tra ricerca, didattica ed assistenza e sottolinea la necessità di "fare della docenza ricerca e della ricerca docenza".

Con il DM 270, il Ministro Moratti ha dato il via alla nuova riforma degli ordinamenti didattici che ha visto, nel rispetto dei requisiti minimi e nella preparazione del diploma supplement, le sue prime tappe di applicazione. Eugenio Gaudio riepiloga i cambiamenti essenziali che interverranno nelle normative accademiche ed i tempi e le sedi della loro realizzazione.

Andrea Lenzi presenta i risultati di un'importante azione di verifica e revisione continua della qualità, realizzata dalla Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia nei primi mesi dell'anno. L'inchiesta è stata realizzata mediante la visita di Commissioni di Presidenti in tutte le sedi italiane; strumenti utilizzati, il colloquio, la visita ed un questionario contenente domande estratte da un Manuale di qualità, preparato da Massimo Casacchia per questa iniziativa. La valutazione tra pari ha permesso di evidenziare criticità ma soprattutto eccellenze, come risulta dalla prima elaborazione dei dati, pubblicata in questo fascicolo.

L'inchiesta promossa da Giuseppe Familiari concerne invece il rapporto esistente tra accesso alla Facoltà di Medicina e rendimento degli studenti dopo uno e due anni di corso. Giuseppe ha coordinato un Gruppo di studio della Conferenza, dedicato a Accesso alla Facoltà e inserimento professionale, che ha sottoposto ad analisi critica il modello di selezione degli studenti e proposto interessanti modifiche alla prova di ammissione. La ricerca attuale ha permesso di stabilire le correlazioni spesso non esistenti tra maturità, test d'ingresso e risultati ottenuti negli esami del primo e del secondo anno di corso; l'inchiesta continua.

Pietro Gallo ha presentato invece una cassetta di attrezzi dalla quale estrarre gli strumenti di volta in volta necessari per condurre una valutazione pertinente, obiettiva e pluridisciplinare della preparazione degli studenti: esame scritto, esame orale, prove pratiche, portafoglio sono descritti con grande accuratezza a vantaggio di un'arte mai abbastanza elogiata, quale quella di valutare.

Dalla educazione continua alla formazione a distanza: con l'esperienza maturata da Fabio Capani si entra decisamente nella formazione a distanza, avendo avuto l'occasione come obiettivo didattico i Medici di Medicina Generale: il modello è originale e ben strutturato ed ovviamente può essere trasferito ad altre coorte di studenti.

Alla valutazione della competenza acquisita dagli studenti sono invece dedicati i due articoli prodotti dalla Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie; nel primo, Maria Matarese riporta l'esperienza dell'Università Campus Bio Medico di Roma nell'utilizzo dell'OSCE, uno strumento complesso ma molto efficace per valutare, in maniera obiettiva e strutturata, la competenza clinica acquisita dai discenti; il secondo, opera di un gruppo di fisioterapisti dell'Università di Bologna, sposta invece l'attenzione sul core values, un modello pedagogico per la valutazione delle competenze professionali. Si tratta, in entrambi i casi, di importanti innovazioni metodologiche, la cui diffusione non può che risultare utile a chi opera nel settore.

Intanto Bononia docet ed anche in questa occasione il tandem Landini - De Angelis ha consegnato puntualmente una nota, chiara ed esaustiva, su un tema di grande attualità, il responsabile del processo; queste note bolognesi andrebbero raccolte in un apposito dossier ad uso degli interessati.

Il fascicolo si chiude con un documento, la cui produzione è stata valutata e coordinata da Gianfranco Gensini ed Alessandro Mugelli, preside e presidente del Corso di laurea insieme, anche questo è un felice segnale, documento che definisce contenuti, caratteristiche, modalità del rapporto medico-paziente in quel procedimento singolare che è il metodo clinico.



La Facoltà di Medicina e Chirurgia in una società che cambia

Pasquale Marano (Roma Cattolica)

L'Università è, per tradizione storica, il luogo di formazione del sapere, prima ancora del luogo ove il sapere viene trasmesso; essa è il luogo di quella elaborazione critica che permette al sapere di crescere, modificarsi, correggere i propri errori. Elaborazione critica che si svolge attraverso un processo continuo di ricerca, onde la ricerca diviene la finalità primaria della quale l'Università ha saputo conservare nel tempo la chiave: ancor oggi l'Università impegna nelle sue strutture europee il 34% dei ricercatori ed essi sono responsabili dell'80% della ricerca di base. La ricerca impronta di sé anche gli altri compiti universitari, come l'insegnamento e - nelle Facoltà di Medicina - l'assistenza. Lord Boyle diceva che l'istruzione universitaria è diversa da ogni altra forma di insegnamento in quanto è - cito testualmente - *insegnare in un'atmosfera di ricerca*. Nell'insegnamento universitario sono certamente importanti le nozioni, anche professionalizzanti, che vengono trasmesse: ma la trasmissione del modo di apprendere, del gusto di apprendere e di riflettere sul proprio apprendimento, l'insegnare a pensare e a comunicare il proprio pensiero sono cose ancor più importanti di ciò che viene appreso. Vorrei a questo proposito notare che il sapere odierno è incomparabilmente più esteso e sostanzialmente diverso da quello medievale, ma che è tuttora viva quella che era la ispirazione e la missione dell'Università nel Medioevo. Anche le Università medievali conferivano formazione professionale ad elevato livello - si pensi al diritto, si pensi alla medicina - ma soprattutto vi si insegnava a pensare, coltivando la logica, ed a comunicare il proprio pensiero attraverso lo studio della dialettica e della retorica. E nessuno allora avrebbe pensato a corsi universitari per diventare lanaiolo, mercante o pittore: i mestieri, arti comprese, si imparavano a bottega.

Vi è quindi un modello di scuola universitaria che direi perenne nelle sue coordinate di fondo e che ben distingue l'Università da altre sedi di insegnamento come dalle scuole medie e superiori, ad esempio - ove la finalità primaria non è la ricerca, ma la trasmissione di un sapere il più possibile consolidato e fatto di certezze, praticamente utile anche ad un discente che fosse costretto ad interrompere a livello preuniversitario il proprio percorso formativo. E distingue l'Università dai centri di ricerca, i quali hanno sì la ricerca per fine istituzionale, ma in genere si tratta di ricerca di tipo pragmatico ove i risultati, e la loro immediata produttività, contano di più della metodologia

della ricerca stessa e della riflessione critica su di essa. Il rischio - ed è proprio un rischio attuale - è quello di confondere i ruoli e voler ridurre la Facoltà di Medicina all'uno o l'altro di questi differenti modelli.

Ho posto queste iniziali riflessioni per giungere ad un importante interrogativo: il modello generale che abbiamo delineato sulla inscindibilità tra ricerca, insegnamento ed assistenza è ancor oggi punto di riferimento per lo sviluppo delle Facoltà mediche in Europa ed in Italia in particolare oppure esso deve considerarsi superato? E se esiste un nuovo modello di riferimento in che cosa esso consiste e quali sono i principali elementi che lo caratterizzano?

La Facoltà deve oggi confrontarsi con profondi mutamenti che possono mettere in crisi il modello tradizionale. Da un lato la crescita esponenziale delle conoscenze e delle tecnologie fa enormemente lievitare il costo della ricerca; ne segue che la ben nota limitazione delle risorse incide in modo del tutto particolare sull'investimento in ricerca e su un insegnamento basato su questa. E vi è anche, in ragione degli elevati costi della ricerca, il possibile e terribile rischio della fine di una ricerca libera, della conoscenza che diventi - come ampiamente riportato di recente dalla letteratura nazionale ed internazionale - una merce come tante, della ricerca che si indirizzi non verso il bene comune bensì verso interessi di industrie offrendosi in vendita ai migliori acquirenti (Derek Bok, *Universities in the Marketplace*, Princeton University Press, 2003; Sheldon Krimsky, *Science in the Private Interest: the Lure of Profits Corrupted Biomedical Research?*, Rowman Ed. 2003; La nuova professionalità del



medico, Editoriale Am J Med, 136, 3, 243, 2002; Marco Bobbio, *Giuro di esercitare la Medicina in libertà ed indipendenza*, G. Einaudi Editore, 2004; Andrew R. Marks, "Lost gold: the decline of the academic mission in US medical schools", Editoriale J Clin Invest, 114, 1180, 2004).

A fronte di questa condizione di limitate risorse, che porterebbe ad una restrizione della cerchia universitaria, sta oggi - quasi paradossalmente - una domanda di massa di alta formazione professionale trasferita in sede universitaria: ed anch'essa rende difficile conservare alla ricerca la capacità di orientare e determinare i contenuti ed i modi dell'istituzione universitaria.

Questi sono problemi reali e si traducono in sollecitazioni al mutamento che provengono all'università dall'esterno, soprattutto da chi ha la responsabilità politica di governarla, o nascono all'interno stesso dell'Università. Intendiamoci: il mutare è necessario per ogni organismo che non sia fossile; ma vi sono mutazioni attraverso le quali un organismo si perfeziona e diviene meglio adatto a fronteggiare nuove esigenze senza rinunciare ad essere se stesso, ed altre, non realmente necessarie o indotte da sollecitazioni eccessive, che possono portare l'organismo all'estinzione. Mi sento di individuare una sollecitazione esterna a volte eccessiva nei venti riformatori che negli ultimi decenni hanno da ogni quadrante politico imperversato sull'università: vi sono venti che gonfiano le vele ed altri che le lacerano. Anche sollecitazioni nate all'interno dell'ambiente universitario possono essere eccessive come quelle che hanno squassato le Università negli anni '60-'70, ed ascrivo a merito dell'Università in cui ho l'onore di operare attualmente l'aver saputo accogliere l'invito ad un cambiamento resistendo ai suoi aspetti deteriori. Ricordo con piacere come negli anni sessanta - epoca in cui circolavano slogan come "no alla meritocrazia" e "voto politico assicurato" -

l'Università Cattolica, onde assicurare alla istituzione Facoltà di Medicina con annesso Policlinico qualità scientifica dell'insegnamento accademico, introdusse, in un periodo in cui i costi della ricerca erano ancora contenuti, la programmazione dell'accesso, anticipando di molto quanto poi avvenuto nelle altre Facoltà mediche italiane. "Ad ogni studente il suo microscopio" fu uno slogan coniato allora e che ebbe successo. I risultati di questa scelta strategica sono tuttora evidenti: pur avendo la programmazione numerica nazionale dei Corsi di Laurea in Medicina annullato quel *gap* iniziale tra la Cattolica e le altre Facoltà mediche italiane, l'aver potuto, nel tempo, far sempre riferimento alla qualità scientifica e al senso critico nell'insegnamento, nella formazione e nell'assistenza, costituisce tuttora per i nostri studenti e per le nostre strutture un importante valore aggiunto di cui la referenzialità del nostro Policlinico è testimonianza evidente.

Abbiamo detto che un mutamento è necessario ad un organismo che vuol vivere e perfezionarsi; ma il problema principale è governare tale mutamento in modo che esso non snaturi il principio di fondo dell'università e rispetti il modello che, come ho delineato all'inizio, la tradizione ci ha lasciato.

Questo problema ci viene proposto in modo impellente da due tendenze che oggi emergono e che mi sembrano estremamente pericolose. La prima, e la più grave, è la tendenza ad eliminare la ricerca dall'ambito universitario. Si teorizza di una *professionalizzazione della ricerca*: la produzione di nuove conoscenze può divenire una professione autonoma, nella quale la sopravvivenza degli addetti è legata alla quantità e (si spera...) alla qualità del prodotto e che può essere svolta in sedi proprie, separate dall'università. Questa idea è in gran parte derivata dal fatto che, anche per un problema di allocazione delle risorse pubbliche, l'orientamento prevalente oggi, a differenza sostanziale del passato, è quello di una ricerca finalizzata, governata da programmi intesi ad ottenere risultati di interesse prevalentemente economico. Ed è avvalorata dagli sviluppi della *information technology* che distribuisce e rende fruibili le nuove conoscenze in tempi brevissimi, appena prodotte e talora persino durante la loro produzione, rendendo tale attività altamente competitiva anche sul piano economico (si pensi alla corsa per la decodificazione del genoma umano).

Non occorre sottolineare quanto l'affermarsi di questa teoria sarebbe fatale al modello tradizionale dell'università, che appunto sulla ricerca si basa.

L'eliminazione della ricerca è sottintesa, anche se non esplicitamente dichiarata, anche nella seconda tendenza: quella che vede nell'università soltanto uno strumento di formazione professionale ed assegna all'insegnamento che vi si svolge il compi-

to di trasmettere, sia pure in modo compiuto ed elevato, informazione ed addestramento praticamente utile. In questa visione il modello universitario si appiattisce su quello delle scuole medie e superiori. L'università ne diviene il prolungamento professionalizzante ad alto livello, ma la finalità non muta: rimane quella di trasmettere un sapere consolidato, schematizzato, immediatamente fruibile.

E' paradossale, e tipico di una società attualmente piena di contraddizioni, che molti vogliano appiattare l'Università sul modello scolastico quando da altri si sostiene – giustamente, a mio modo di vedere – che la ricerca dovrebbe avere un ruolo non soltanto nell'Università, ma anche nelle fasi più elevate degli studi pre-universitari.

Circolano oggi degli slogan - altrettanto vuoti come quelli del passato, ma preoccupanti, perché quando uno slogan riesce a diventare luogo comune assume una forza temibile - quali *università solo professionalizzante* oppure *no all'università che faccia cultura e ricerca* - slogan che traducono il concetto di un'utilizzazione immediata del laureato, di una riduzione ai minimi termini della sua formazione: è importante, cioè, che lo studente impari a fare una certa cosa, non importa che capisca perché la faccia.

Questo può essere tutto, ma non è Università.

Ovviamente queste tendenze riguardano meno le Facoltà umanistiche ed assai più quelle che potremmo dire *tecnico-scientifiche* (medicina è fra esse) ove l'addestramento al *saper fare* ha reale e notevole importanza e può perfino sembrare più importante dell'apprendimento critico del sapere.

Tuttavia anche in Medicina esse sono giunte prepotentemente alla ribalta soltanto quando, per decisione politica, è stata immessa nell'università molta formazione che precedentemente avveniva in sede extrauniversitaria.

Infatti, poco più di dieci anni fa, l'introduzione dei Diplomi Universitari veniva a modificare profondamente l'itinerario formativo di molti professionisti dell'area sanitaria, spostando l'asse della loro formazione dal contesto professionale a quello universitario. Contemporaneamente si ponevano le basi per un cambiamento non meno profondo delle Facoltà di Medicina e Chirurgia che, in modo non previsto, si trovavano a gestire una ventina di nuovi piani di studio diversi tra loro e solo parzialmente integrabili. Rammento, per precisione, che questi erano per Medicina tutti Corsi *ex novo*, e non trasformazioni di Corsi già esistenti come avvenuto per tutte le altre Facoltà.

Il successivo passaggio dai Diplomi Universitari ai Corsi di Laurea Triennale e Specialistica ha ulteriormente accentuato questo carattere di complessità nella gestione delle Facoltà di Medicina e

Chirurgia, ponendo problemi di equità nella gestione stessa e nella distribuzione delle risorse ma ponendo anche problemi di esigenza nella qualità dei risultati che ogni Corso è tenuto a fornire, differenziandosi qualitativamente dai precedenti Corsi professionali non universitari.

Temo che l'opinione pubblica, anche colta, non sia pienamente consapevole della gravità dei problemi posti da questa trasformazione. Se ne renderebbe meglio conto se le si chiedesse di riflettere a cosa sarebbe avvenuto nelle Università medievali se l'Imperatore, o il Signore o il Comune avessero deciso che arti e mestieri non si imparassero più "a bottega", ma divenissero materie universitarie. Talune conseguenze appaiono, comunque, già preoccupanti. Le nuove Lauree sanitarie e specialistiche e la preoccupante scissione della riforma universitaria da quella scolastica stanno facendo emergere subdolamente una situazione di concor-

renza al ribasso fra gli Atenei, costringendoli ad assumere come punto di partenza della didattica universitaria livelli prima affidati alle scuole superiori. E' una situazione di fatto che costringe oggi ad ipotizzare interventi che sono un po' l'equivalente attuale del numero programmato del passato. Si pensa, ad esempio, ad una diversificazione della domanda all'interno delle Facoltà di Medicina: o verso corsi di massa, indirizzati ad una didattica prevalentemente professionalizzante ed in certo modo dequalificata, o verso corsi più ristretti, rivolti ad *élite* limitate per i quali vale ancora il vincolo dell'insegnamento fondato sulla ricerca.

Questi suggerimenti altro non sono che il superficiale e forse rozzo tentativo di trasferire in Europa, ed in Italia in particolare, l'esperienza americana delle Università di insegnamento (*teaching universities*) e delle Università di ricerca (*research universities*), non considerando le profonde e sostanziali

differenze storiche, culturali e sociali esistenti tra l'America e l'Europa.

Di certo sarebbe errore assai grave creare due tipi di Facoltà medica, scavando fra essi un baratro sempre più profondo ed invalicabile.

A me sembra invece che la risposta debba essere una ed una soltanto: il modello dell'insegnamento basato sulla ricerca va salvaguardato a tutti i livelli e se si sono volute trasferire le professioni sanitarie all'interno dell'Università, anche queste professioni vanno insegnate in modo universitario.

Questa affermazione non nasce però da partito preso, ma deriva da una riflessione che ha radici obiettive.

È vero infatti, come riportato di recente in letteratura (Settis, *Quale eccellenza?*, Editore Laterza, 2004), che chi oggi consegue una laurea, e non solo una laurea breve, rispondendo al bisogno di una professionalità più ampiamente diffusa, è concettualmente meglio paragonabile all'artigiano di 100-150 anni fa, che al dottore di quel periodo.

Ma è anche vero che oggi si registra in ogni settore una straordinaria competitività, una gara a chi fa prima e meglio, a chi inventa prima e di più. E, tipicamente, per inventare, per produrre innovazioni, per fare meglio, si deve uscire dalla media; quindi, anche nella preparazione di massa per andare oltre occorrono sempre più punte di alta qualità.

Per la loro storia e cultura pregresse, l'Europa e l'Italia non hanno oggi bisogno di due Facoltà di Medicina, una di massa ed una di *élite*, ma di una sola Facoltà di certo però diversa e più dinamica, che sia insieme di massa e di *élite*. Non può non essere di massa, perché è chiaro che la crescita delle conoscenze, la specializzazione, la moltiplicazione dei profili professionali richiedono oggi un numero di addetti specializzati molto più alto di quanto era richiesto cinquanta/sessanta anni fa. Ma deve essere di *élite* perché sarebbe non solo auspicabile, ma importante che anche nei Corsi di massa si sapessero seminare e coltivare quei germogli che poi sviluppandosi possano dare vita a punte di eccellenza; solo così, quelle persone che hanno intrapreso un percorso formativo universitario più professionalizzante potranno elaborare, per proprio conto e/o grazie a circostanze particolari, talenti e potenzialità che li indirizzeranno verso esperienze più autonome ed innovative. In questa ottica, conservata intatta la qualità scientifica dell'insegnamento universitario, si tratterà realisticamente di modulare in ambito di Facoltà il tasso di ricerca presente nei diversi Corsi universitari, creando quindi uno spettro ad intensità crescente, dal meno al più, a seconda dei vari livelli, degli obiettivi e delle forme di reclutamento degli studenti.

Se poi lasciamo la molteplicità dei Corsi che la Facoltà deve oggi gestire per considerare il solo corso di laurea tradizionale in Medicina appare ancor più evidente la necessità di conservare, anzi potenziare, la ricerca come base non soltanto del sapere medico che deve venir trasmesso, ma anche dell'addestramento pratico al "saper fare", che è addestramento all'assistenza medica e all'esercizio clinico. Anche nella Giornata di studio della Facoltà svoltasi nel febbraio 2004 è stato da vari Relatori sottolineato come il metodo della ricerca scientifica si applichi non solo alla medicina sperimentale, ma anche alla diagnosi clinica. In effetti, anche il clinico parte da rilievi riferiti dal paziente od individuati durante l'esame clinico; sulla base di tali rilievi, egli si fa delle idee sulle cose osservate (le ipotesi esplicative della ricerca), sottoponendole quindi a controllo mediante la prescrizione di accertamenti mirati (la verifica sperimentale della ricerca). In tal modo la diagnosi clinica è di per se stessa una ricerca del tutto analoga ad una ricerca scientifica. Scandellari concludeva, molto efficacemente, affermando: "Ricerca ed assistenza sono inscindibili: non tanto perché così appare opportuno in base a considerazioni organizzative od amministrative, ma in quanto che ricerca scientifica e diagnostica clinica sono metodologicamente coincidenti, rappresentando le due facce di una stessa medaglia".

Una domanda che porterebbe lontano e che non posso qui affrontare è quella sul tipo di ricerca che possiamo considerare peculiare della Facoltà, e che quindi va mantenuta e praticata in tutti i corsi, sia pure con gradualità necessariamente rapportata a livelli ed obiettivi. Mi limito a rilevare che in una ricerca finalizzata e mirata ad obiettivi di interesse economico-sociale l'interesse è focalizzato sul risultato e sulla sua fruibilità. La ricerca finalizzata può essere effettuata di certo in ambito universitario – che anzi, con le sue *core facility*, può agevolare il percorso dell'intero ciclo scientifico, dalla ricerca di base fino alle innovazioni di processo e di prodotto - ma può essere fatta anche in strutture diverse, come i centri di ricerca appositamente istituiti od altri apparati ove siano competenze ed interessi. Per contro, in una ricerca peculiarmente universitaria l'interesse dovrebbe essere focalizzato prevalentemente sulla metodologia della ricerca stessa, più ancora che sul suo risultato. Perché se una ricerca è impostata e condotta con adeguata e corretta metodologia, ciò significa che si è appreso a pensare, a porre ipotesi, a scegliere i giusti mezzi per verificarle, a distinguere la verità dall'errore. Che si è conseguita insomma quella formazione interiore che l'università dovrebbe dare. Forse anche nei concorsi universitari, nel valutare l'attività scientifica del candidato, anziché chiederci "Cosa ha fatto costui?", dovremmo chiederci

"Come ha lavorato?" ed esaminare la sezione "Materiali e metodi" delle pubblicazioni presentate con attenzione ancora maggiore di quella solitamente riservata ai "Risultati".

Devo concludere. Non sono un sognatore e mi rendo conto che si può dubitare della reale possibilità delle Facoltà di Medicina di svolgere ancor oggi gli stessi ruoli del passato, ricerca, formazione, assistenza e ciò in tutti i corsi che essa deve attualmente gestire. Vi si oppongono difficoltà pratiche gravissime: la crescita esponenziale delle conoscenze e della tecnologia, il costo crescente della ricerca, la necessità di ampliare il corpo docente. E, se non si vuole che l'obiettivo da conseguire si riduca a mera finzione, occorre ampliarlo con docenti maturi, cioè capaci di insegnare in modo critico, utilizzando al meglio quella capacità di valutazione critica che il docente acquista e perfeziona attraverso la pratica della ricerca e che serve a fornire agli studenti una metodologia scientifica dell'apprendimento che li aiuti a sviluppare il senso critico e ad imparare ad imparare per tutta la vita.

Tutto ciò ha un costo e richiede pertanto adeguate risorse. Io non vorrei che, rifiutando giustamente il modello americano della doppia Facoltà di Medicina, vi si contrapponesse un modello ove tutti, e soprattutto coloro che hanno la responsabilità di gestire l'Università, concordino sulla inscindibilità tra ricerca, didattica ed assistenza da applicare e sviluppare al meglio in tutti i corsi e poi, all'atto pratico e alla prova dei fatti, facciano mancare i mezzi necessari per una ricerca peculiarmente universitaria.

Ma siamo posti di fronte ad una sfida che può e deve essere vinta. Per quanto riguarda noi docenti delle Facoltà mediche, la vinceremo solo se, avendo in mente un obiettivo ben chiaro sintetizzabile in un nuovo slogan ossia *fare della docenza ricerca e della ricerca docenza*, avremo nell'animo l'entusiasmo necessario a conseguirlo.

Spetta poi alle Facoltà, nella loro autonomia, collegialità e responsabilità, individuare modalità e strumenti per rispondere alla sfida, migliorando il loro ruolo ed il loro prestigio, aggiungendo valori moderni a quelli tradizionali, privilegiando così la qualità scientifica nell'insegnamento dei docenti, nella formazione degli studenti, nell'assistenza ai pazienti. Problemi non da poco dei quali tutti noi siamo consapevoli, tuttavia le Facoltà, già fortemente impegnate in questo campo, certe della preziosa ed indispensabile collaborazione degli organi accademici ed amministrativi dell'Università, saranno capaci di non deludere.

La riforma della riforma: il nuovissimo Ordinamento Didattico delle Università

Eugenio Gaudio (Roma La Sapienza)

Con il D.M. 22.10.2004 n°270, pubblicato sulla G.U. n°266 del 12.11.2004, il Ministro Moratti ha dato il via alla nuova riforma degli ordinamenti didattici delle Università, modificando la precedente, peraltro recente, riforma del 1999.

Il Decreto detta i criteri generali per l'ordinamento degli studi universitari e determina la tipologia dei titoli di studio rilasciati dalle Università, che dovranno nuovamente disciplinare gli ordinamenti didattici dei propri Corsi di Studio in conformità con le disposizioni del Decreto in oggetto e di successivi decreti ministeriali, che sono attualmente in gestazione.

Innanzitutto, il Decreto ridefinisce nuovamente le tipologie di Corsi con i relativi titoli rilasciati dalle Università, che saranno i seguenti:

- a) Laurea (L), che dà diritto al titolo di Dottore;
- b) Laurea Magistrale (LM) - la attuale Laurea Specialistica -, che dà diritto al titolo di Dottore Magistrale (*anche a chi ha conseguito la laurea pre-509/99*);
- c) Diploma di Specializzazione (DS), post-laurea;
- d) Dottorato di Ricerca (DR), che dà diritto al titolo di Dottore di Ricerca.

Chiarendo un punto cruciale relativamente agli obiettivi di fondo dei Corsi di Laurea, il Decreto specifica che il Corso di Laurea ha l'obiettivo di assicurare allo studente una adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali, anche nel caso in cui sia orientato all'acquisizione di specifiche conoscenze professionali, rifiutando quindi un'impostazione eccessivamente professionalizzante, che aveva fatto sorgere perplessità e preoccupazioni per una perdita del ruolo formativo generale dei corsi di studio accademici.

L'acquisizione delle conoscenze professionali dovrà essere volta all'inserimento nel mondo del lavoro e all'esercizio delle attività professionali, come normate a livello nazionale ed europeo; pertanto, sarà necessario consultare le forze sociali all'atto della predisposizione degli ordinamenti. In particolare, per i Corsi specificamente rivolti alle professioni, occorre prevedere attività formative (*stages*) presso imprese, enti, ordini e collegi professionali, sulla base di convenzioni. I Decreti Ministeriali possono prevedere per i "Corsi" (classi) "preordinati all'accesso alle attività professionali" vincoli nazionali più elevati.

La Laurea Magistrale, invece, avrà l'obiettivo di

fornire allo studente una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata qualificazione in ambiti specifici.

I Corsi di Studio dello stesso livello saranno raggruppati in classi, che verranno ridefinite ed individuate dai già citati successivi Decreti Ministeriali. E' importante notare che i titoli conseguiti, appartenenti alla stessa classe, avranno identico valore legale e saranno corredati dal supplemento al diploma (*Diploma Supplement*), che acquisisce un valore fondamentale per la precisa definizione dell'effettivo percorso formativo seguito dallo studente e per la circolazione anche all'estero dei nostri titoli.

La durata dei Corsi di Studio, calibrata sulla quantità di lavoro per un anno pari a 60 CFU, prevede quindi:

- a) per la Laurea (L)= 3 aa., per 180 CFU;
- b) per la Laurea Magistrale (LM)= 2 aa., per ulteriori 120 CFU;
- c) per il Diploma di Specializzazione (DS), una durata definita dai D.M. di istituzione, in accordo con quanto previsto dalla CE;
- d) per il Dottorato di ricerca (DR), la durata verrà prevista dal decreto di istituzione, per non meno di 60 CFU oltre la Laurea o la Laurea Magistrale.

Per il Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia si conferma il Corso esennale a ciclo unico.

I regolamenti didattici di Ateneo, che dovranno essere approvati dal MIUR, disciplineranno gli ordinamenti didattici, mentre i singoli regolamenti didattici dei Corsi di Studio, in base alla 341/90, verranno deliberati dalla competente struttura didattica ed approvati secondo le procedure previste dallo statuto dell'Ateneo. Essi dovranno determinare in particolare:

- l'elenco degli insegnamenti;
- gli obiettivi formativi specifici, i crediti e le eventuali propedeuticità;
- i *curricula* offerti agli studenti e le regole di presentazione, ove necessario, dei piani di studio individuali;
- la tipologia delle forme didattiche, anche a distanza, degli esami e delle altre verifiche di profitto degli studenti;
- le disposizioni sugli eventuali obblighi di frequenza.

Le Università dovranno adeguare i regolamenti didattici di Ateneo alle disposizioni degli emanandi DD.MM. entro i termini stabiliti dai Decreti medesimi, sentita la CRUI. Le Università

dovranno, come di prassi nel nostro Paese, assicurare la conclusione dei Corsi di Studio già in atto ed il rilascio dei relativi titoli, nonché la facoltà per gli studenti di optare per l'iscrizione a Corsi di Studio previsti dai nuovi ordinamenti

In sintesi, il nuovo decreto, assieme alla applicazione dei requisiti minimi, dovrebbe garantire da un lato una razionalizzazione della offerta formativa, negli ultimi anni esplosa in maniera a volte disordinata e ridondante, dall'altro dovrebbe garantire maggiore autonomia alle sedi, con obblighi nazionali ridotti, relativi alle attività di base e caratterizzanti per il primo livello, solo alle attività caratterizzanti per il secondo livello.

La separazione tra laurea (180 CFU) e laurea magistrale (120 CFU) potrà consentire la immatricolazione a corsi comuni (per non meno di 60 CFU) per tutti i Corsi di Laurea della stessa classe o per loro insiemi affini (la cosiddetta Y); viene inoltre così eliminata la condizione per la quale l'istituzione di un corso di secondo livello obbligava l'Ateneo ad attivare un Corso di primo livello con almeno un *curriculum* integralmente riconoscibile e dovrebbe portare, anche per i Corsi delle Facoltà di Medicina - in particolare per i Corsi di Laurea e Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie - ad una razionalizzazione della offerta, promuovendo la formazione di Consorzi e di sinergie soprattutto per i Corsi con scarso numero di studenti.

Gli Atenei saranno pesantemente impegnati nella applicazione del nuovo decreto: c'è la necessità di ripercorrere tutto l'iter propositivo e approvativo, per la ridefinizione degli ordinamenti, sulla base delle nuove classi; per la riorganizzazione della didattica (60 CFU in comune per le Lauree; definizione dei criteri per la differenziazione dei percorsi triennali; definizione dei criteri di coerenza per le libere scelte degli studenti).

Vi sono, quindi, degli adempimenti immediati obbligati, cui gli Atenei hanno già iniziato a far fronte, quali ad esempio quelli previsti dall'art.13, comma 3, che si applicano da subito (a.a. 2004-2005) o le disposizioni di cui all'art.9, in particolare commi 2 e 3, per cui l'attivazione dei Corsi di Studio è subordinata al rispetto dei requisiti minimi, che deve essere certificato dal nucleo di valutazione.

Si applicano da subito (a.a. 2004-2005) anche le disposizioni di cui all'art. 4, comma 3, per cui

i titoli debbono essere corredati dal supplemento al diploma.

Vi sono, poi, degli adempimenti obbligati non immediati, da mettere in atto a valle della definizione delle nuove classi, e sulla base dei tempi normati nei decreti istitutivi, in accordo con la CRUI, fra i quali l'adeguamento del RAD - parte generale, nonché modifiche formali o poco rilevanti (ad es. tipologia dei titoli - Magistrale al posto di Specialistica; CFU necessari per l'acquisizione dei titoli etc.). Modifiche sostanziali dovranno, invece, riguardare la definizione di criteri e tempi per l'iscrizione ai Corsi di Laurea Magistrale ad anno accademico iniziato, nonché i criteri di accesso per la immatricolazione ai Corsi comuni, per la differenziazione dopo i Corsi comuni e per la ammissione alle Lauree Magistrali.

Per quanto riguarda i tempi necessari per l'applicazione della nuova normativa, attualmente si attendono i Decreti Ministeriali per la revisione delle Classi di Laurea; dopo i Tavoli Tecnici che hanno lavorato negli scorsi mesi, si prevede ancora un confronto con le parti sociali, con successiva presentazione delle proposte al CUN e la approvazione da parte del Ministro - dopo il necessario passaggio alla Corte dei Conti - entro la fine dell'anno. A questo punto, l'iniziativa passerà alle Università, che dovranno riformulare i regolamenti Didattici di Ateneo.

Per quanto riguarda i Corsi della Facoltà di Medicina e Chirurgia, come già più volte discusso e deliberato sia nella Conferenza dei Presidi che in quella dei Presidenti di CCLS e delle Professioni Sanitarie, le modifiche e gli adeguamenti saranno soprattutto di ordine formale, rimanendo nella sostanza da salvaguardare il lungo e difficile lavoro di rinnovamento didattico che le Facoltà mediche hanno svolto a partire dall'ormai lontano 1986.

E' pertanto possibile che dall'anno accademico 2006-2007, se tutto andrà per il meglio e gli Atenei saranno estremamente celeri, o - più verosimilmente - dall'anno accademico 2007-2008, la nuova riforma avrà i suoi primi risultati tangibili, con la partenza dei nuovi Corsi di Laurea e Laurea Magistrale riformati e, ci auguriamo, realmente migliorati.

Dalla valutazione della qualità del sistema ai principi di accreditamento. Il modello di Medicina e Chirurgia: *on site visit* di valutazione fra pari

Andrea Lenzi¹ e Sabrina Luccarini² (Roma La Sapienza), Giovanni Danieli (Università Politecnica delle Marche)

1. Introduzione

La Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia (CLS in MeC) ha intrapreso ormai da anni un *percorso di qualità* basato sia su rigorosi principi della verifica e revisione continua della qualità (VRQ), sia sulla redazione di manuali di qualità (MQ) per le varie funzioni didattiche-organizzative, sia, infine, sul sistema di monitoraggio e controllo continuo della qualità.

Questa cultura della qualità, nata ancor prima che il MIUR predisponesse le regole dei requisiti minimi attraverso il Comitato Nazionale di Valutazione del Sistema Universitario (CNVSU), è per i CLS in MeC, una necessità derivante da diverse specificità quali: la tipologia del corso a numero programmato, il costante incremento della quantità e della qualità di nozioni scientifiche e tecnologiche da trasferire allo studente, a fronte della necessità di creare un professionista valido per le esigenze di base della salute della popolazione, l'opportunità di trovare un equilibrio fra la trasmissione del *sapere* (teorico), del *saper fare* (pratico) ed infine del *saper essere* (comunicativo). La specificità dei CLS in MeC dovrebbe garantire di giungere ad un "prodotto finito", cioè il laureato in Medicina, che sia in grado di competere nel mercato europeo di libero scambio dei saperi e delle professioni, con una sufficiente omogeneità di formazione, nonostante le differenti tipologie di sperimentazione didattica messe a punto dai singoli CLS nella loro autonomia; ed è proprio dalle singole esperienze accumulate dai CLS in MeC che risulta utile attingere le punte di eccellenza per poterle diffondere al resto della comunità per adottarne i principi.

Per questo è stato messo a punto un sistema di VRQ basato su *on site visits* di valutazione fra pari (vedi *Medicina e Chirurgia*, Quaderni della Conferenza Presidenti CLS Medicina e Chirurgia, n. 23, 2004) articolato in due fasi. La prima fase consiste nell'auto compilazione da parte di ogni CLS di un questionario contenente i dati principali del MQ messo a punto per i CLS in MeC (vedi *Medicina e Chirurgia*, Quaderni della Conferenza Presidenti CLS Medicina e Chirurgia, n. 24, 2004). La seconda fase prevede le visite di

valutazione presso i singoli CLS in MeC con lo scopo di rilevare ed evidenziare gli aspetti più innovativi nell'applicazione dell'autonomia didattica dei CLS, di realizzare una maggiore integrazione/omogeneità nelle attività formative dei CLS (tenendo anche in considerazione il riconoscimento professionale del titolo di studio a livello comunitario), di identificare i punti di eccellenza da rendere comuni ai CLS e le eventuali criticità da correggere.

Le *on site visits* sono state effettuate da Commissioni *ad hoc* organizzate, costituite da due o tre Presidenti o Past President membri della Conferenza. Sulla base di un calendario prestabilito ed accettato da tutti i 45 CLS, le varie Commissioni si sono recate presso le singole

Ancona	Padova
Bari	Parma
Bologna	Palermo
Brescia	Pavia
Cagliari	Perugia
Caserta	Pisa
Catania	Roma La Sapienza
	"A", "B", "C", "D", "E"
Catanzaro	Roma La Sapienza
	Sant'Andrea
Chieti	Roma Campus Bio-medico
Ferrara	Roma Cattolica Sacro Cuore
Firenze	Roma Università Tor
Vergata	
Novara	

Tab. 1 - Corsi di Laurea visitati.

sedi dove hanno incontrato il Presidente, i Coordinatori di Semestre e di Corso Integrato, ove presenti, od una rappresentanza dei Docenti, i rappresentanti degli Studenti e del Personale amministrativo, per discutere i singoli punti del suddetto questionario precompilato.

Dopo una prima fase sperimentale, i cui risultati sono stati già commentati in *Medicina e Chirurgia*, Quaderni della Conferenza Presidenti CLS, n. 26, 2004, nel periodo Ottobre 2004-Aprile 2005 è stato completato il progetto di *on site visits* dei 45 CLS (Tab. 1).

1 Presidente, 2 Manager Didattico del CLS in Medicina e Chirurgia D, I Facoltà di Medicina, Università di Roma La Sapienza

2. Risultati

Vengono qui di seguito riportati i principali dati scaturiti dalle valutazioni suddivisi per grandi capitoli.

A. Corpo docente

Il numero di Docenti "incardinati" è per oltre il 75% dei CLS in MeC superiore alle 60 unità (Tab. 2). Peraltro del restante 25% oltre il 10% dei CLS ha meno di 45 Docenti. Questo si traduce in una carenza di Docenti che riguarda anche i SSD delle Attività di Base o Caratterizzanti. Infatti, come si evince dalla Tab. 3, il 25% dei CLS ha carenza in più di 6 SSD e quindi non solo nei cosiddetti SSD delle professioni sanitarie da MED/45 a MED/50. Questi CLS, con carenza di Docenti nei SSD da MED/01 a MED/44, sono ora all'attenzione della Conferenza per una attività di supporto e sostegno alla rapida crescita del Corpo Docente. Questo è anche un segnale importante per la politica di programmazione e nella valutazione dell'opportunità di attivare nuovi CLS in MeC da parte del MIUR e per il CNVSU per la costituzione dei requisiti minimi *ad hoc* per l'Area medica. Tale carenza è da tenere in maggiore considerazione se si tiene conto che, nei SSD clinici, non è certo possibile considerare sufficiente il singolo Docente dedicato alla didattica frontale, in quanto si rende necessario uno staff di Docenti per le numerose attività di didattica professionalizzante.

Numero di Docenti	CLS	%
<36	3	6,7
36-45	2	4,4
46-55	5	11,1
56-60	1	2,2
>60	34	75,6
Totale CLS	45	100,0

Tab. 2 - Numero di Docenti "incardinati" nei Corsi di Laurea.

Numero di SSD	CLS	%
>6	12	25,0
5-6	6	13,6
3-4	4	9,1
1-2	9	20,5
Nessuno	14	31,8
Totale CLS	45	100,0

Tab. 3 - Numero di SSD di cui il Corso di Laurea non ha Docenti.

B. Requisiti didattico strutturali

In questo ambito i CLS in MeC visitati si sono dimostrati decisamente adeguati alle aspettative. Infatti, come si desume dalla Tab. 4, tutti i 45 CLS presentano una disponibilità più che sufficiente di aule, aulette, biblioteche, sale lettura, laboratori linguistici ed informatici e spogliatoi per l'accesso alle esercitazioni cliniche.

La numerosità di queste risorse strutturali si è dimostrata sempre proporzionata alle dimen-

Numero di strutture	aule da 75-100 posti	aulette da 25-35 posti	aulette da 15 posti	biblioteche	sale lettura	laboratori ling. e inf.	spogliatoi studenti
1-2	0	17	21	0	0	0	29
3	2	14	13	18	21	13	3
4-5	4	7	5	9	15	17	6
6	4	2	3	4	3	9	0
>6	35	5	3	14	6	6	7
Totale CLS	45	45	45	45	45	45	45

Tab. 4 - Numero di aule, aulette, biblioteche, sale lettura, laboratori linguistici ed informatici e spogliatoi presenti nelle sedi visitate in MeC.

Numero posti letto	CLS
<3	9
3	13
>3	23
Totale CLS	45

Tab. 5 - Posti letto per immatricolato.

Med. Chir. 28. 1063-1067, 2005

Numero di DEA	CLS
0	9
1	24
>1	12
Totale CLS	45

Tab. 6 - DEA presso la sede dei Corsi di Laurea.

sioni del corpo studentesco.

La presenza di tali infrastrutture garantisce un adeguato supporto alla frequenza obbligatoria, che nei CLS in MeC è uno dei punti cardine irrinunciabili della didattica.

C. Requisiti didattico assistenziali

Anche per ciò che riguarda i requisiti didattico assistenziali, è stata riscontrata una situazione discreta. Solo il 20% delle sedi ha un numero inferiore a 3 posti letto per immatricolato, previ-

Numero di strutture diagnostiche	CLS
<3	1
4-6	5
7-9	10
10-12	8
>12	21
Totale CLS	45

Tab. 7 - Strutture diagnostiche.

Numero di strutture di ricerca	CLS
1	2
2-3	2
4-5	10
6-7	4
>7	27
Totale CLS	45

Tab. 8 - Strutture di ricerca di base.

sti dall'art. 3 del DPCM 24/5/01 (Tab. 5) e/o non possiede un Dipartimento di emergenze e accettazione (DEA) correlato con la struttura dove ha sede la didattica clinica universitaria (Tab. 6).

Le strutture di diagnostica clinica e di ricerca collegate con la didattica universitaria sono in genere in numero adeguato (Tabb. 7 e 8) anche se vi è ancora in alcune sedi un ridotto numero di laboratori di analisi e di ricerca. Tali strutture sono invece indispensabili per la frequenza degli studenti e per garantire loro una preparazione adeguata. Queste carenze potrebbero coincidere con la crisi di "vocazione" di medici di laboratorio e di medici indirizzati alla ricerca di base

	Tipo di integrazione	CLS
Integrazione degli insegnamenti	Orizzontale	42
	Verticale	36
Integrazione dei Corsi Integrati	Orizzontale	31
	Verticale	23

Tab. 9 - Integrazione degli insegnamenti e dei Corsi Integrati.

osservata negli ultimi anni in alcune regioni italiane.

D. Organizzazione didattica

L'integrazione fra gli insegnamenti all'interno dei Corsi Integrati e fra gli stessi Corsi Integrati, è un obiettivo che i Corsi di Laurea perseguono già dall'introduzione della Tabella XVIII/96.

Queste integrazioni, orizzontali nell'ambito del singolo anno di corso di laurea e verticali

Numero di Corsi Integrati con un solo Docente	CLS
>6	7
5-6	5
3-4	3
1-2	9
0	21
Totale CLS	45

Tab. 10 - Corsi Integrati con un solo Docente.

Numero di Corsi Integrati con co-presenza di Docenti	CLS
0	3
1-3	22
4-6	8
7-9	4
10-12	3
>12	5
Totale CLS	45

Tab. 11 - Co-presenza di Docenti durante le lezioni.

fra gli anni del corso, risultano indispensabili per la tipologia della didattica in tutta l'area sanitaria ed è auspicabile che raggiungano una piena attuazione e maturazione in tutte le sedi (Tab. 9).

Questa incompleta realizzazione dell'integrazione fra insegnamenti è confermato dalla presenza di corsi con un solo docente (Tab. 10), che ripropone

Tipo di attività professionalizzante svolta	CLS
Con corsi interattivi	7
Con Corsi interattivi a piccoli gruppi	33
Presso strutture assistenziali	44

Tab. 12 - Attività professionalizzanti.

la carenza di personale Docente presente in alcune sedi, già citata in precedenza e dalla scarsa applicazione delle lezioni a "più voci", cioè con la compresenza in aula di più Docenti, tipica delle integrazioni didattiche più avanzate ed auspicata dalla moderna pedagogia medica (Tab. 11).

Mentre per la didattica frontale tutti i CLS visitati hanno adottato tutte le forme previste (lezioni *ex cathedra*, seminari, didattica tutoriale, ecc)

ed hanno attivato da tempo e con grande sforzo un'ampia offerta di didattica elettiva ed opzionale, per la didattica professionalizzante esiste una grande difformità di distribuzione delle varie tipologie fra i CLS (corsi interattivi, didattica a piccoli gruppi, didattica professionalizzante sul campo) (Tab. 12).

Sempre in tema di organizzazione didattica vanno segnalate alcune punte di eccellenza con sperimentazione di tecnologie di innovazione didattica, come ad esempio i Corsi *e-learning blended*, che uniscono l'apprendimento della materia clinica mediante l'interazione studente-docente *online* di tipo sincrono a quello dell'informatica, della ricerca bibliografica e dell'inglese scientifico (vedi *Medicina e Chirurgia*, Quaderni della Conferenza Presidenti CLS Medicina e Chirurgia, n. 23, 2004), o quella dei *giochi di ruolo* dove i Docenti insegnano il *saper essere* medico mediante filmati relativi a scenari clinico diagnostici realizzati *ad hoc*.

Punti di criticità, nell'ambito della organizzazione didattica, già sottoposti all'esame della Conferenza al fine di rendere più omogenea la situazione nazionale, sono il numero di appelli di esame e gli "sbarramenti" per l'iscrizione da un anno all'altro. Proprio quest'ultimo punto è interpretato in modo differente nei 45 CLS in MeC; in alcuni sono stati applicati "sbarramenti" rigidi, che non consentono l'iscrizione agli anni successivi in condizione di debito formativo, con una interpretazione letterale della norma. In altri CLS, al contrario, non è applicato alcun tipo di blocco, consentendo in questo modo la possibilità, per assurdo, di frequentare i corsi dell'ultimo anno anche senza aver sostenuto alcun esame.

E Requisiti tecnico organizzativi

Dei 45 CLS in MeC visitati, si è rilevato che in tredici non è prevista la presenza di personale Tecnico Amministrativo autonomo dedicato esclusivamente all'attività presso la segreteria didattica del CLS. Questo dato dovrebbe indurre ad una forte attenzione sull'autonomia delle strutture didattiche, sia nei confronti dell'Ateneo sia delle Facoltà. Corsi specialistici delle dimensioni di quelli in MeC, con molte centinaia o migliaia di studenti iscritti, non possono dipendere dalla disponibilità *part time* di personale delle Segreterie della Presidenza di Facoltà o della Segreteria amministrativa studenti di Ateneo. Questo presupposto di autonomia di strutture didattiche va esteso anche alla gestione finanziaria del CLS. L'assegnazione di fondi dedicati all'organizzazione e gestione didattica attribuiti direttamen-

Riunioni del Consiglio o della Commissione	CLS
ogni mese	3
ogni 3 mesi	33
ogni 6 mesi	6
ogni 8 mesi	0
1 volta l'anno	3
si è costituito ma mai riunito	0
non è mai stato costituito	0
Totale CLS	45

Tab. 13 - Consiglio di Corso di laurea o Commissione Didattica.

Presenza del	CLS
Coordinatore di semestre	29
Coordinatore di Corso Integrato	41

Tab. 14 - Coordinatori di semestre e Coordinatori di Corso Integrato.

te ai Corsi di laurea stimolano una sana *competizione amministrativa* fra pari.

A quanto suddetto fa riscontro una elevata quantità e qualità delle attività organizzative basate sul volontariato *a costo zero* dei Docenti. Nella maggioranza delle sedi visitate il Consiglio dei Corso di laurea (o la corrispondente Commissione didattica) è stato costituito e si riunisce con buona periodicità (Tab. 13). L'organizzazione didattica è completata da Coordinatori di semestre e di Corso Integrato (Tab. 14), quest'ultimi presenti in modo sufficientemente omogeneo sul territorio nazionale.

La frequenza delle riunioni indette dai Consigli di CLS, l'attività dei Coordinatori e l'interesse a queste attività da parte dei Docenti è, ovviamente, funzione della capacità e dell'autonomia decisionale nei confronti del Consiglio di Facoltà, che si sono dimostrate differenti e non omogenee nelle varie sedi visitate. Per questo la collaborazione sempre più stretta fra la Conferenza dei Presidenti di CLS in MeC e la Conferenza dei Presidi di MeC si sta rivelando un'arma vincente per la collegialità e condivisione delle problematiche organizzati-

Tempo di somministrazione	questionario valutazione studenti	questionario valutazione docenti
ogni semestre	42	10
ogni anno	2	2
<i>una tantum</i>	1	3
mai	0	30
Totale CLS	45	45

Tab. 15 - Utilizzo dei questionari di valutazione.

ve e di politica accademica.

Infine, la cultura della valutazione interna della didattica è ampiamente diffusa in tutti i CLS in MeC. I questionari di valutazione compilati dagli studenti vengono distribuiti in tutti i CLS, con frequenza regolare, mentre, al contrario, non tutti i CLS hanno ancora introdotto il questionario di valutazione dell'organizzazione e della qualità didattica compilati dai Docenti (Tab. 15). Per quanto riguarda il questionario di valutazione degli studenti, si ritiene che sarebbe utile creare un questionario *ad hoc* per i CLS in MeC, almeno in parte differenziato rispetto agli standard proposti dalla CRUI e dai Nuclei di Valutazione degli Atenei. Infatti, data la specificità della didattica e della popolazione studentesca molte domande risultano inadeguate ed i risultati spesso distorti e non paragonabili con quelli dei CLS di area non sanitaria del medesimo Ateneo. Per quanto riguarda i questionari di valutazione da sottoporre ai Docenti, si tenterà di sollecitare i CLS che ancora non l'hanno introdotto ad utilizzare tale strumento, visto anche l'interesse del confronto fra i risultati delle due tipologie di questionari, già affrontato dagli autori in una passata indagine (*Medicina e Chirurgia*, Quaderni della Conferenza Presidenti CLS, n. 26, 2004).

3. Conclusioni

Dopo questa prima tornata di *on site visits* di valutazione fra pari possiamo concludere che la situazione nazionale dei CLS in MeC si presenta abbastanza omogenea e, in molte sedi, di alta qualità.

Fra le poche criticità riscontrate, si possono ricordare quelle presenti in alcune sedi per la carenza di Docenti di SSD caratterizzanti, per la mancanza di Personale amministrativo e di fondi autonomi che renderebbero maggiormente competitivi i CLS. Altre criticità di tipo didattico sono quelle relative alla difforme interpretazione degli "sbarramenti" all'iscrizione agli anni successivi in relazione ai debiti formativi, al numero di appelli di esame previsti ed alla non completa realizzazione di un omogeneo programma di attività professionalizzanti ben articolato e definito.

A fronte di queste problematiche, per le quali la Conferenza dei Presidenti dei CLS in MeC si fa parte attiva per cercare di trovare le opportune soluzioni, vi sono numerose situazioni di eccellenza legate ad un Corpo Docente spesso di grande qualità, strutture didattiche numerose e di ottimo livello, rappresentate non solo da aule di varie dimensioni adeguate alle differenti forme di didattica, ma anche, sia pure ancora in poche sedi, da strutture all'avanguardia come biblioteche informatizzate, aule con sistemi avanzati di didattica interattiva e con materiale didattico speciale. Inoltre, un'attività specifica, in cui i CLS in MeC eccellono, sono le attività didattiche legate alle *Scienze umane* dove si apprende il *saper essere* medico. Grande è anche l'attenzione rivolta alla vasta scelta di offerta didattica opzionale, elettiva *a scelta dello studente*, presente in tutti i CLS visitati e creata *ex novo* in pochi anni dall'entrata in vigore del nuovo ordinamento didattico stabilito dalla 509/99.

Infine, nei CLS in MeC italiani, anche la didattica è considerata attività di ricerca ed in questo senso si sta cercando di approfondire ed applicare l'innovazione tecnologica alla didattica. A questo fine è stato presentato e finanziato, nell'ambito dei PRIN 2004, un progetto dal titolo: *Ricerca e sperimentazione di nuovi modelli e tecnologie per la formazione a distanza in area sanitaria* che si propone di accoppiare l'alta tecnologia di comunicazione alla didattica in campo medico con corsi *e-learning blended*.

Per concludere, questa prima esperienza di *on site-visit* di valutazione fra pari, che ha coinvolto i 45 CLS in MeC italiani, oltre ad essere stato un successo dovuto alla capacità di cooperazione ed alla disponibilità dei CLS visitati, conseguenza del forte potere aggregante della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLS in MeC, può rappresentare un interessante modello che la Conferenza stessa vuole mettere a disposizione della Comunità accademica, delle Istituzioni ed in particolare del MIUR e del CNVSU per il futuro accreditamento dei Corsi di laurea, che non sia basato esclusivamente su forme di autocertificazione.

Indagine nazionale su *Ingresso a Medicina e risultati I e II anno*. Correlazione tra maturità, test di ingresso ministeriale, media degli esami I e II anno ed esami di fisica, chimica e biologia

Giuseppe Familiari (Roma La Sapienza)¹, Gian Battista Azzena (Roma Cattolica)¹, Paola Binetti (Roma Campus Biomedico)¹, Massimo Casacchia (L'Aquila)¹, Enrico DeAntoni (Roma La Sapienza)¹, Pietro Gallo (Roma La Sapienza)¹, Eugenio Gaudio (Roma La Sapienza)¹, Andrea Lenzi (Roma La Sapienza)¹, Marella Maroder (Roma La Sapienza)¹, Guglielmo Borgia (Napoli Università Federico II)¹, Giovanni Del Rio (Napoli II Ateneo)¹, Evangelista Sagnelli (Napoli - Caserta)¹, Giovanni Danieli (Università Politecnica delle Marche)² e Luigi Frati (Roma La Sapienza)³ con la collaborazione di: Franco Culasso⁴, Michela Relucanti⁴, Tiziana Stallone⁴, Teresa Matrone⁴ e Paolo Falaschi⁴

Introduzione

Le attuali procedure di selezione degli studenti per l'ammissione ai Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia in Italia, al pari di quelle attuate in molti paesi europei, sembrano essere solo dei semplici meccanismi burocratici utili a limitare il numero degli iscritti in relazione ai posti disponibili, ma senza nessuna pretesa di voler selezionare uno studente che abbia reali potenzialità a diventare un ottimo medico (Familiari *et al.*, 2002a,b,c, 2003, 2004; Garcia-Barbero, 1999). Da queste premesse emerge una chiara indicazione a dover rinnovare gli attuali criteri di selezione degli studenti per i corsi di Medicina in Italia, nella convinzione che, oltre alla dimostrazione di conoscenze di tipo accademico, debbano essere censite anche ulteriori specifiche attitudini richieste dalle nuove esigenze del Sistema Sanitario internazionale (Familiari *et al.*, 2002a,b,c, 2003, 2004; Morrison, 2005).

Deve essere comunque riconosciuto che è difficile valutare un test di selezione per l'ingresso a Medicina, che esistono poche evidenze sulla qualità effettiva dei metodi di selezione a questo corso di laurea, e come sia invece necessario *sperimentare* gli stessi metodi, prima di utilizzarli, al pari dei principi che regolano la *evidence based medicine*, orientandosi su principi di *best evidence medical education* (Binetti e DeMarinis, 2002; Ferguson *et al.*, 2002; Morrison, 2005).

Allo scopo di produrre "evidenze" su eventuali relazioni tra gli attuali criteri di selezione e l'andamento accademico degli studenti ammessi alla frequenza dei corsi di laurea, il Gruppo di Studio Accesso alla Facoltà e Inserimento Professionale della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia ha attivato un'analisi nazionale sulla qualità del metodo di selezione attualmente in uso in Italia, anche nella considerazione della sua peculiarità in ambito europeo. In quest'ottica, è stata quindi atti-

vata questa ricerca nazionale, tesa a comparare i risultati della carriera scolastica con quelli ottenuti nel test ministeriale di ammissione a Medicina, e con la "performance accademica" al termine del primo biennio del corso universitario.

I primi dati elaborati hanno già messo in evidenza una più elevata correlazione tra voto di maturità e andamento generale nei primi due anni di corso di Medicina, rispetto al punteggio ottenuto nel test di ammissione (Familiari *et al.*, 2004). In questo studio sono presentati ulteriori dati che si riferiscono ad un maggiore numero di sedi universitarie, e che mettono in correlazione il voto di maturità, il risultato nel test di ingresso a Medicina, con la media degli esami dei primi due anni, e i risultati negli esami di fisica, chimica e biologia.

Materiale e metodo di studio

Il Gruppo di Studio ha elaborato, nel mese di Gennaio 2003, un questionario conoscitivo da distribuire ad un campione di studenti immatricolati a Medicina nell'anno accademico 2000-2001, primo anno in cui la selezione è stata effettuata su tutto il territorio nazionale con lo stesso test predisposto da un'apposita Commissione ministeriale. Tale questionario, approvato dalla Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia a Febbraio 2003, è stato distribuito a tutti i Corsi di Laurea Magistrale di Medicina e Chirurgia del territorio. Nel questionario è stato chiesto 1) il tipo e il voto di maturità, 2) gli esami superati negli anni accademici 2000-2001 e 2001-2002 fino alla sessione di recupero di Febbraio/Marzo 2003, e 3) i dati relativi al punteggio totale ottenuto nel test di ingresso. I dati sono stati ottenuti con il consenso al trattamento dei dati personali da parte degli studenti intervistati.

I dati analizzati nel presente studio sono stati raccolti attraverso un campionamento casuale, distribuendo il questionario ad un gruppo di studenti casualmente scelti durante una lezione del III anno di corso, nel periodo compreso tra Aprile e Giugno 2003. Questionari debitamente compilati sono stati inviati dalle seguenti Sedi statali: Ancona, Bari, Brescia, Chieti, Firenze, Genova, L'Aquila, Milano, Milano-Bicocca, Napoli-Caserta, Napoli-Federico II, Perugia, Roma-Sapienza I Facoltà CL-A CL-B CL-D, Roma-Sapienza II Facoltà, Roma-Tor Vergata,

¹Gruppo di Studio Accesso alla Facoltà e Inserimento Professionale della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

²Presidente della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

³Presidente della Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

⁴I e II Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma La Sapienza

Sassari, Siena, Trieste, Varese-Insubria. I dati, provenienti da 21 Corsi di Laurea Magistrale sui 40 corsi statali attivati, rappresentano un campione pari a più del 50% dei corsi di Medicina statali in Italia.

Deve essere precisato che il campionamento effettuato ha raggiunto i soli studenti che frequentavano "realmente" i corsi del III anno, non prendendo in considerazione quelli che, iscritti a Medicina, hanno poi abbandonato gli studi nel corso dei primi due anni di frequenza. Come è possibile rilevare dai dati sotto riportati, gli studenti analizzati possono essere comunque considerati come gli studenti "migliori", anche in rapporto al numero di esami superati nel biennio.

E' stato quindi valutato un campione di 482 Studenti rappresentativi di 2528 Studenti iscritti nelle diverse sedi sopra descritte, pari al 19,06% degli studenti iscritti nelle sedi esaminate.

Sono stati calcolati: il voto medio e la mediana della maturità, del test di ingresso, del test di logica, del test di biologia, del test di chimica, del test di fisica - matematica. Sono inoltre stati calcolati il voto medio degli esami del I e II anno, il voto medio degli esami di fisica, di chimica, di biologia.

Sono state quindi individuate due classi di studenti, una inferiore e una superiore alla mediana, per quanto riguarda i dati relativi alla maturità e al test di ingresso, e sono state elaborate le seguenti correlazioni.

Il voto dell'esame di maturità è stato correlato con:

1. Il punteggio globale ottenuto nel test di ingresso, considerando due classi in rapporto alla mediana del voto di maturità;
2. Il punteggio ottenuto nel test di logica, considerando due classi in rapporto alla mediana del voto di maturità;
3. La media degli esami del I e II anno, considerando due classi in rapporto alla mediana del voto di maturità;
4. La media dell'esame di Biologia, considerando due classi in rapporto alla mediana del voto di maturità;
5. La media dell'esame di Chimica, considerando due classi in rapporto alla mediana del voto di maturità;
6. La media dell'esame di Fisica, considerando due classi in rapporto alla mediana del voto di maturità;

Il punteggio globale ottenuto nel test di ingresso, e quelli ottenuti nelle singole sezioni del test (logica, chimica, biologia, fisica-matematica) sono stati correlati con:

1. La media degli esami del I e II anno in rapporto al test d'ingresso, considerando due classi in rapporto alla mediana del test di ingresso;
2. La media degli esami del I e II anno in rapporto

al test di logica, considerando due classi in rapporto alla mediana del test di logica;

3. La media dell'esame di Biologia in rapporto al test di biologia, considerando due classi in rapporto alla mediana del test di biologia;

4. La media dell'esame di Chimica in rapporto al test di chimica, considerando due classi in rapporto alla mediana del test di chimica;

5. La media dell'esame di Fisica in rapporto al test di fisica-matematica, considerando due classi in rapporto alla mediana del test di fisica-matematica.

I dati presentati sono stati elaborati con il calcolo del test di significatività (*t-test*), considerando differenze significative per $P < 0,05$, e del coefficiente di correlazione (*r*) considerato significativo per $P < 0,05$. E' stato inoltre considerato l'intervallo di confidenza (CI) del 95%. L'analisi statistica è stata effettuata attraverso l'uso del software "MedCalc", versione 7.2 (Broekstraat 52 B-9030 Mariakerke, Belgium).

Risultati

Il campione degli studenti esaminato ($n=482$) presentava, in assonanza con la popolazione globale degli studenti iscritti alle Facoltà di Medicina in Italia, una netta prevalenza di Studentesse (67,6%) in confronto agli Studenti (32,4%).

Il titolo di Studio posseduto dagli Studenti intervistati era così suddiviso: Liceo Classico: 51,11%, Liceo Scientifico: 41,01%, Liceo Psicopedagogico: 3,19%, Liceo Linguistico: 2,68%, Istituto Tecnico e altri: 2,01%.

Nel campione analizzato, il 15,18% era rappre-

Dati generali degli Studenti $n=482$		
Voto maturità	$m = 91.25$ $ds = 9.28$	$me = 95$ range 60/100
Voto test ingresso	$m = 40.55$ $ds = 7.85$	$me = 39.80$ range 19.6/64.2
Voto test logica	$m = 8.75$ $ds = 3.21$	$me = 9.20$ range -0.40/16.4
Voto test biologia	$m = 9.66$ $ds = 2.81$	$me = 0.4$ range 1.2/18.0
Voto test chimica	$m = 10.39$ $ds = 3.14$	$me = 10.4$ range 1.2/20.0
Voto test fisica-matematica	$m = 11.75$ $ds = 3.66$	$me = 11.8$ range 2.4/19.0
Media esami I e II anno	$m = 26.43$ $ds = 2.05$	$me = 26.57$ range 21.12/30
Voto es. Chimica	$m = 26.11$ $ds = 3.22$	$me = 27$ range 18/30
Voto es. Biologia	$m = 26.74$ $ds = 3.12$	$me = 27$ range 18/30
Voto es. Fisica	$m = 25.83$ $ds = 3.65$	$me = 27$ range 18/30
N medio esami	$m = 8.21$ $ds = 0.97$	$me = 8$ range 7/10

Tab. 1- Medie generali della maturità, test di ingresso ed esami.

Maturità			
	Gruppo A Voto < mediana	Gruppo B Voto ≥ mediana	t
Voto maturità	m = 83.46 ds = 7.26 me = 84 range 60/94	m = 99.01 ds = 1.63 me = 100 range 95/100	
Voto test ingresso	m = 38.57 ds = 7.06 me = 38.0 range 19.8/54.6	m = 42.60 ds = 8.12 me = 41.4 range 18.6/64.2	***
Voto test logica	m = 8.34 ds = 3.27 me = 8.6 range -0.4/15.2	m = 9.19 ds = 3.22 me = 9.6 range -0.4/16.0	*
Media esami I e II anno	m = 25.57 ds = 2.09 me = 25.85 range 21.12/30	m = 27.32 ds = 1.59 me = 27.62 range 23.11/30	***
Voto es. Chimica	m = 25.28 ds = 3.48 me = 25.0 range 18/30	m = 26.97 ds = 2.67 me = 27.0 range 18/30	***
Voto es. Biologia	m = 25.76 ds = 3.40 me = 26.0 range 18/30	m = 27.75 ds = 2.42 me = 28.0 range 18/30	***
Voto es. Fisica	m = 24.90 ds = 3.63 me = 25.0 range 18/30	m = 26.78 ds = 3.43 me = 28.0 range 18/30	***

Ns = non significativo *p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Tab. 2 - Confronti fra le medie dei voti per test ed esami ottenuti dagli studenti che hanno avuto un voto alla maturità < del voto mediano (gruppo A) e ≥ del voto mediano (gruppo B).

sentato da studenti provenienti da altre Facoltà, che avevano sostenuto il test di ingresso due volte, con esami superati in altre Facoltà anche utilizzando l'ex-Articolo 6 del Regio Regolamento degli Studenti.

Tra gli studenti che avevano sostenuto il test una sola volta, il 73,67% dichiarava di aver studiato durante l'estate su testi scolastici, l'85,56% su testi specifici, l'8,60% dichiarava di aver frequentato un corso estivo di preparazione privato, mentre il 22,02% dichiarava di aver frequentato un corso estivo di preparazione organizzato dall'Università.

Il numero medio degli esami previsti dai curricula delle diverse sedi era pari a 8,21±0,97, con un valore mediano pari a 8,00 (minimo 7, massimo 10).

Gli Studenti che avevano superato tutti gli esami previsti dal curriculum erano pari al 71,16% degli Studenti intervistati.

Risultavano in arretrato di 1 esame il 12,91%, di 2 esami il 11,13%, di 3 esami il 3,03%, di 4 esami l'1,77%, nessuno di oltre 4 esami.

I voti medi ottenuti agli esami di maturità, al test di ingresso, nelle singole sottosezioni dello stesso test, la media degli esami del I e del II anno e le

Test di ingresso e sezione di logica			
	Gruppo C Voto < mediana	Gruppo D Voto ≥ mediana	t
Voto test ingresso	m = 34.24 ds = 4.06 me = 34.7 range 18.6/39.8	m = 46.9 ds = 5.16 me = 46.6 range 40.0/64.2	
Media esami I e II anno vs test ingresso	m = 26.06 ds = 2.04 me = 26.37 range 21.12/29.9	m = 26.79 ds = 2.01 me = 27.0 range 21.15/30	Ns
Voto test logica	m = 6.10 ds = 2.22 me = 6.8 range -0.4/9.0	m = 11.23 ds = 1.64 me = 11.0 range 9.2/16.4	Ns
Media esami I e II anno vs test logica	m = 26.31 ds = 2.06 me = 26.57 range 21.16/29.9	m = 26.47 ds = 2.2 me = 26.66 range 21.12/30	

Ns = non significativo *p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Tab. 3 - Confronti fra le medie dei voti I e II anno ottenuti dagli studenti che hanno avuto un voto al test d'ingresso/test di logica < del voto mediano (gruppo C) e ≥ del voto mediano (gruppo D).

Sezioni di Chimica, Biologia e Fisica-matematica del test di ingresso			
	Gruppo E Voto < mediana	Gruppo F Voto ≥ mediana	t
Voto test Chimica	m = 7.80 ds = 1.84 me = 8.2 range 1.2/10.3	m = 12.72 ds = 2.05 me = 12.2 range 10.4/20	
Voto es. Chimica	m = 25.60 ds = 3.25 me = 26 range 18/30	m = 26.50 ds = 3.27 me = 27 range 18/30	**
Voto test Biologia	m = 7.39 ds = 1.60 me = 8.0 range 1.2/9.4	m = 11.96 ds = 1.74 me = 11.80 range 9.6/18	
Voto es. Biologia	m = 26.60 ds = 3.21 me = 27 range 18/30	m = 26.89 ds = 3.02 me = 28 range 18/30	Ns
Voto test Fisica-Matematica	m = 8.69 ds = 2.21 me = 9.20 range 2.4/11.6	m = 14.78 ds = 1.82 me = 14.7 range 11.8/19.0	
Voto es. Fisica	m = 25.36 ds = 3.68 me = 26 range 18/30	m = 26.36 ds = 3.47 me = 27 range 18/30	*

Ns = non significativo *p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Tab. 4 - Confronti fra le medie dei voti di chimica biologia e fisica ottenuti dagli studenti che hanno avuto un voto alle sezioni del test di chimica biologia e fisica-matematica < del voto mediano (gruppo E) e ≥ del voto mediano (gruppo F).

medie dei voti di fisica, chimica e biologia sono riportati nella tab. 1. I dati in rapporto al voto di

maturità e quelli relativi al test di ingresso sono indicati nelle tab. 2-6.

Dall'analisi dei dati in rapporto al voto di maturità, riferita alle due classi inferiore e superiore alla mediana, possono evidenziarsi differenze molto significative nel voto del test di ingresso, nella media degli esami del I e del II anno, nei voti degli esami di chimica, biologia e fisica; si evidenzia inol-

tre una differenza significativa nei voti del test di logica (tab. 2).

Nell'ambito delle singole classi in rapporto alla maturità, vi è inoltre un coefficiente di correlazione significativo sia nella media generale degli esami del I e del II anno, che nei voti dell'esame di fisica, chimica e biologia (tab. 5). Deve essere evidenziato inoltre un coefficiente di correlazione non significa-

	<i>Test ingresso</i>	<i>Test logica</i>	<i>Media esami</i>	<i>Es. chimica</i>	<i>Es. biologia</i>	<i>Es fisica</i>
	<i>r</i> <i>p</i> 95%CI	<i>r</i> <i>p</i> 95%CI	<i>r</i> <i>p</i> 95%CI	<i>r</i> <i>p</i> 95%CI	<i>r</i> <i>p</i> 95%CI	<i>r</i> <i>p</i> 95%CI
<i>Voto maturità < mediana</i>	0.13 Ns -0.03/0.46	-0.003 Ns -0.16/0.16	0.28 *** 0.13/0.43	0.21 ** 0.05/0.36	0.21 ** 0.05/0.36	0.17 * 0.0005/0.32
<i>Voto maturità ≥ mediana</i>	0.32 *** 0.17/0.46	-0.02 Ns -0.18/0.14	0.36 *** 0.21/0.50	0.18 * 0.02/0.34	0.30 *** 0.15/0.45	0.33 *** 0.18/0.47

Ns = non significativo * p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Tab. 5 - Correlazioni fra voto di maturità e voti al test d'ingresso, media esami I e II anno, esame di chimica, esame di biologia ed esame di fisica.

	Media esami test ingresso	Media esami test logica	Esame chimica vs test chimica	Esame biologia vs test biologia	Esame fisica vs test fisica-mat
	<i>r</i> <i>p</i> 95%CI	<i>r</i> <i>p</i> 95%CI	<i>r</i> <i>p</i> 95%CI	<i>r</i> <i>p</i> 95%CI	<i>r</i> <i>p</i> 95%CI
Test ingresso < mediana	0.13 Ns -0.03/0.28	-0.04 Ns -0.20/0.11	0.07 Ns -0.08/0.24	0.17 * 0.01/0.32	-0.008 Ns -0.16/0.15
Test ingresso ≥ mediana	0.40 *** 0.25/0.53	0.13 Ns -0.01/0.28	0.35 *** 0.20/0.49	0.23 ** 0.08/0.37	0.14 Ns -0.01/0.29

Ns = non significativo * p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Tab. 6 - Correlazioni fra voto al test di ingresso e le differenti sezioni del test e media degli esami I e II anno, esame di chimica, esame di biologia ed esame di fisica.

tivo nei risultati nel test di logica, mentre vi è un coefficiente di correlazione significativo soltanto nella classe superiore alla mediana, riferita al voto di maturità (tab. 5).

Dall'analisi dei dati in rapporto al test di ingresso nelle due classi, la media degli esami del I e del II anno non mostra differenze significative né con il test nella sua globalità né con la sezione di logica dello stesso test di ingresso (tab. 3). Differenze significative vi sono invece nelle due classi riferite ai test di chimica e fisica per i voti dei rispettivi esami universitari, mentre nessuna differenza significativa è osservabile, nelle due classi, nel voto dell'esame universitario di biologia in rapporto al test di biologia stesso (tab. 4).

Nell'ambito delle singole classi in rapporto al test

di ingresso, è da sottolineare come non vi sia nessuna correlazione nella media degli esami del I e del II anno in rapporto ai test di logica nelle due classi e come la correlazione sia significativa solo nella media degli esami in rapporto al test di ingresso nella classe superiore alla mediana. Correlazioni non significative sono osservabili inoltre nel voto di chimica e nel voto di fisica nelle due classi, mentre vi è un coefficiente di correlazione significativo nel voto di biologia (tab. 6).

Discussione

Alcune considerazioni sui dati ottenuti da questo studio ancora in corso possono rappresentare una base di riflessione sulla necessità a dover valutare serie ipotesi di rinnovamento del test attuale di

ingresso a Medicina. In primo luogo, la considerazione dei bassissimi indici di correlazione che generalmente si trovano tra i risultati nel test e l'andamento generale nei primi due anni del Corso di Laurea Magistrale, possono far pensare ad una scarsissima capacità di discriminazione del test di ingresso attualmente utilizzato, anche in correlazioni dirette tra i risultati nei test di conoscenza specifica e i risultati nei corrispondenti esami del I anno di Medicina. In secondo luogo, gli indici di correlazione più elevati riscontrati tra andamento generale nel primo biennio e voto di maturità, possono essere indicativi ai fini della ipotesi di poter valutare anche il voto di maturità ai fini dell'ingresso a Medicina.

Alcune considerazioni generali possono essere quindi tratte dall'esame del campione, anche se l'analisi statistica mostra solo correlazioni di medio livello o assolutamente nulle.

Innanzitutto, deve essere posta l'attenzione sulla peculiarità del campione analizzato. Le interviste provengono infatti da numerose sedi, e quindi rappresentano un "buon" campione di riferimento della situazione nazionale, rappresentato da studenti provenienti in massima parte da Licei Classici e Scientifici (97,99%) distribuiti armonicamente in tutto il territorio nazionale, mentre solo una minima parte di essi (2,01%) proveniva da Istituti Tecnici o altre tipologie scolastiche.

Il sistema di campionamento utilizzato, può essere inoltre considerato come rappresentativo degli Studenti "migliori" iscritti ai corsi di Medicina in Italia, in quanto il 71,16% degli intervistati aveva sostenuto tutti gli esami, mentre solo il 24,04% era indietro di 1-2 esami. In ogni caso anche i valori della mediana della maturità (95,00) e la mediana riferita al voto degli esami sostenuti (26,57) debbono essere considerati di livello alto, mentre la mediana riferita al test di ingresso è posizionata su un valore medio (39,80), e non alto come gli altri valori.

Dalla semplice analisi delle correlazioni tra i diversi gruppi analizzati è quindi ipotizzabile come gli Studenti "molto bravi", con voto di Maturità superiore alla mediana, superino brillantemente il Test di ingresso e ottengano un ottimo risultato nei primi due anni di Medicina, mentre gli Studenti "meno bravi", con voto di Maturità inferiore alla mediana, non siano discriminati dal Test di ingresso e ottengano un risultato, come media generale degli esami sostenuti, significativamente più basso nei primi due anni di Medicina.

Altro dato interessante è quello riferibile ai test di logica, che non correlano in nessun modo né con il voto dell'esame di maturità, né con la media degli esami del primo biennio.

La migliore correlazione tra esame di maturità e risultati ottenuti nel primo biennio sembra quindi

concordare anche con l'impianto generale del nuovo esame di maturità, che tiene in debito conto, oltre che al risultato della prova finale per l'accertamento del grado di maturità raggiunta, anche dei "crediti" scolastici ottenuti negli ultimi tre anni di frequenza sulla base del rendimento scolastico e delle attività extrascolastiche frequentate con profitto dallo studente stesso.

Sulla scorta dei semplici ma chiari risultati riportati nel presente studio, dovrebbe quindi essere data una maggiore attenzione alla considerazione del voto di maturità, ai fini dell'ingresso a Medicina, come ripetutamente chiesto dalle Conferenze dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale e dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Maggiore attenzione, sempre sulla scorta di tali risultati, potrebbe poi essere data alla considerazione del voto di maturità nella valutazione del debito formativo, anche in relazione alla grande responsabilità della Scuola Media Superiore nella formazione degli studenti sia in termini di rigore logico che di cultura generale, nell'addestramento alla disciplina intellettuale, sia in termini di capacità di attenzione e concentrazione, che di studio di testi impegnati di letteratura, storia, filosofia e altro (Binetti e De Marinis, 2002). Su questa base, potrebbe anche essere ipotizzabile come Studenti non liceali, o Studenti con un voto di Maturità inferiore a ad un punteggio che dovrebbe essere determinato, potrebbero seguire corsi di introduzione al piano degli studi, non solo per quanto attiene alle specificità di chimica e fisica, ma proprio in termini di cultura generale e di metodologia dello studio, quest'ultima intesa non in senso tecnico, ma piuttosto come logica e analisi del testo.

Nel complesso, i dati nazionali riportati in questo studio concordano inoltre con quanto riferito in altri articoli e indagini di altri autori su singole sedi. In particolare, i dati di Donnetti et al. (1996), che si riferiscono alla Facoltà di Medicina "La Sapienza", sembrano dimostrare, nel periodo antecedente al test nazionale, una migliore correlazione tra voto di maturità e risultati nei test di logica con l'andamento universitario nei primi quattro anni, mentre nessuna correlazione è stata evidenziata tra risultati parziali nei test di chimica, fisica-matematica e biologia con l'andamento universitario nei primi quattro anni, o gli stessi voti di chimica, fisica e biologia ottenuti dagli studenti (Donnetti et al., 1996). Ancora interessanti appaiono i risultati riportati da Galli et al. (2002), che si riferiscono al test di ingresso utilizzato dall'Università Cattolica. In questo studio, si evidenzia, in relazione alle votazioni conseguite nel primo biennio, una maggiore predittività per il test scientifico a quiz e la valutazione dell'intero curriculum degli studi liceali (Galli et al., 2002).

Ulteriori dati provenienti dalla letteratura interna-

zionale, sembrano evidenziare il ruolo determinante della precedente carriera scolastica per la predittività di un buon successo nella facoltà di Medicina (McManus et al., 2003).

I nostri dati avvalorano ancor di più questa ipotesi, soprattutto in riguardo al loro carattere nazionale riferito alla realtà italiana.

Nella considerazione che il test attuale di ammissione prevede la somministrazione di test costituiti da domande di cultura generale, il cui livello si dovrebbe ragionevolmente desumere dal precedente *curriculum* scolastico dei ragazzi e cioè dal voto di maturità, potrebbe essere estremamente utile riformare l'esame di ammissione non solo considerando opportunamente la carriera scolastica, ma soprattutto introducendo *test psico-attitudinali*, come già chiesto dalle Conferenze congiunte dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale e dei Presidi delle Facoltà di Medicina. Questi potrebbero meglio verificare la predisposizione e la motivazione di ognuno a svolgere una professione così impegnativa quale quella del medico, anche se non facili da selezionare nella prospettiva di un criterio di inclusione-esclusione (Familiari et al., 2002a,b,c; 2003). Ancora utile potrebbe essere la rivalutazione dei *colloqui strutturati* su di un campione di studenti pre-selezionato dal test scritto (Binetti e De Marinis, 2002) o l'utilizzazione di un *breve saggio scritto*, già in uso, come del resto il colloquio, in molte Università Europee. Pur considerando le limitazioni legate all'allungamento dei tempi, all'allungamento esponenziale del lavoro ed alla soggettività, questo potrebbe essere un ulteriore modo per perfezionare, dopo un periodo di sperimentazione sugli studenti già ammessi, il sistema di selezione e renderlo maggiormente coerente con il proprio modello formativo.

La lettura di un recente editoriale apparso su Medical Education appare molto interessante, a conclusione di quanto scritto: *A mixture of measures covering a broad range of attributes is likely to provide the best way of selecting our future doctors ... It is clearly important to exclude bias in any methods used but it is also important to investigate the potential effect on student mix if selection is made on the basis of a particular set of attributes* (Morrison, 2005).

Nel DM ministeriale del 20 Aprile 2005 viene ribadito, anche per il prossimo anno accademico, un test di ammissione sostanzialmente invariato nelle forme e nei contenuti, rispetto a quelli effettuati negli anni accademici precedenti. Nell'allegato "A" del DM sopra citato, dove sono riportate le indicazioni relative alla prova di ammissione al Corso di Laurea, l'unica frase nuova, rispetto ai DM degli anni precedenti, è quella che recita: *"I temi che seguono sono da intendere come aree nelle quali*

accertare, oltre a conoscenze specifiche, le capacità critiche e creative e le strutture logiche di pensiero". All'enunciato teorico dovrebbe far seguito una modifica sostanziale del Test, purtroppo non prevista nel Decreto. Il problema di un radicale rinnovamento del test di ammissione a Medicina sembra ormai non più procrastinabile: è certamente di grande rilevanza etica nei confronti della Società.

Bibliografia

1. Binetti P e DeMarinis MG. *La prospettiva pedagogica nella Facoltà di Medicina*. Società Editrice Universo, Roma, 2002.
2. Donnetti M, Feroci L, Lunadei M, Mariani M. Criteri di selezione e rendimento scolastico degli studenti. MEDIC, 4: 16-21, 1996.
3. Familiari G, Azzena GB, Binetti P, Bonomo L, Calatroni A, Casacchia M, De Antoni E, Gaudio E, Geremia R, Lenzi A, Maroder M, Sagnelli E, Borgia G, Del Rio G, Danieli G, Frati L. Linee guida per la selezione degli studenti ai corsi di laurea specialistici in Medicina e chirurgia. MEDIC, 10: 182-185, 2002a.
4. Familiari G, Azzena GB, Binetti P, Bonomo L, Calatroni A, Casacchia M, DeAntoni E, Gallo P, Geremia R, Lenzi A, Maroder M, Negri M. Selezionare gli studenti delle Facoltà di Medicina, stato attuale e prospettive future. Medicina e Chirurgia, 17: 600-609, 2002b.
5. Familiari G, Azzena GB, Binetti P, Bonomo L, Calatroni A, Casacchia M, DeAntoni E, Geremia R, Lenzi A, Maroder M, Negri M, Sagnelli E, Borgia G, Del Rio G. Orientamento, accesso a Medicina e debito formativo. Ipotesi di studio e prospettive future. Medicina e Chirurgia, 19: 695-703, 2002c.
6. Familiari G, Azzena GB, Binetti P, Casacchia M, DeAntoni E, Gallo P, Gaudio E, Lenzi A, Maroder M, Borgia G, Delrio G, Sagnelli E, Danieli G. L'accesso a Medicina, il miglioramento del processo di selezione. Medicina e Chirurgia, 22: 840-845, 2003.
7. Familiari G, Azzena GB, Binetti P, Casacchia M, DeAntoni E, Gallo P, Gaudio G, Lenzi A, Maroder M, Borgia G, Delrio G, Sagnelli E, Danieli G, Frati L. Indagine nazionale su "ingresso a Medicina e risultati primo e secondo anno". Dati preliminari sulla correlazione tra maturità, test di ingresso ministeriale e media degli esami del primo e del secondo anno. Medicina e Chirurgia, 25: 943-947, 2004.
8. Ferguson E, James D, Madeley L. Factors associated with success in medical school: systematic review of the literature. Brit Med J, 324: 952-957, 2002.
9. Galli G, D'Abramo G, Marano P. Analisi e revisione delle prove di ammissione al corso di laurea in Medicina dell'Università cattolica. MEDIC, 10: 58-66, 2002.
10. Garcia-Barbero M. *Medical Curricula in European Countries*. Published by WHO European Center for Integrated Health Care Services, Barcelona, Spain, 1999.
11. Mc Manus JC, Smithers E, Partridge P, Keeling A, Fleming PR. A levels and intelligence as predictors of medical careers in UK doctors: 20 year prospective study. Brit Med J, 327: 139-142, 2003.
12. Morrison J. How to choose tomorrow's doctors. Medical Education, 39: 240-242, 2005.

Le prove di valutazione nei corsi di laurea della Facoltà di Medicina: imparare a scegliere in una cassetta degli attrezzi piena di strumenti diversi

Pietro Gallo (Roma La Sapienza)

Premessa

Assessment drives learning: in altre parole, la valutazione indirizza in modo compulsivo l'apprendimento dello studente. All'infuori di rare e lodevoli eccezioni, rappresentate da studenti motivati che si impegnano per acquisire le competenze che vengono loro proposte come necessarie, lo studente "medio" studia, apprende, acquista competenze in funzione delle modalità dell'esame.

In questo scenario, diventa allora evidente che le tre fasi nelle quali si articola la costruzione di un corso integrato¹ (la pianificazione, l'esecuzione sul campo e la valutazione dello studente) sono inscindibili: le modalità di valutazione devono essere scelte durante la fase di pianificazione del corso, in coerenza con gli obiettivi didattici che vengono di volta in volta individuati.

In corsi di laurea complessi come quelli della Facoltà di Medicina, le competenze da acquisire sono così articolate che è impensabile utilizzare un solo strumento di valutazione. In un recente articolo scritto da un gruppo di docenti della McGill University di Montreal,² viene affermato che: *"student evaluation is useful to assess knowledge, comprehension and competence as well as skills and attitudes. Evaluation is also useful to motivate learning and to provide feedback. It is therefore surprising that a single vehicle, the multiple-choice question exam, predominates as the assessment of choice in under-graduate programs"*. Se sostituiamo l'allocuzione *"multiple-choice question exam"* con quella di *"esame orale"*, la medesima affermazione si applicherà perfettamente alla realtà italiana. Utilizzare un

unico strumento di valutazione per verificare l'acquisizione di competenze *conoscitive, operative, relazionali* ed *emotive*, come è necessario fare nella facoltà medica, è come disporre di una fornita *cassetta degli attrezzi* e ricorrere poi sempre e soltanto ad un solo strumento, per di più spesso inadeguato.

Al contrario, nella scelta della prova di valutazione più appropriata si deve tener conto di tre parametri: la prova "ideale" deve essere *pertinente, obiettiva ed interdisciplinare*.

Prove di valutazione pertinenti

La prima caratteristica essenziale di una prova di valutazione è quella di verificare le competenze appropriate, ovvero di essere pertinente rispetto agli obiettivi didattici e alle modalità di insegnamento che il corso si è dato.

Stabilito un obiettivo, sarà allora necessario scegliere modalità didattiche e di valutazione coerenti in fase di pianificazione del corso. La tab. I riporta, a titolo esemplificativo, il possibile esempio di un corso che si sia posto il seguente obiettivo: *Al termine del corso lo studente deve saper effettuare in modo autonomo la diagnosi elettrocardiografica di infarto del miocardio*.

È evidente che sarebbe del tutto incoerente concludere un corso integrato che si fosse dato l'obiettivo didattico così esemplificato con una prova orale in cui chiedere allo studente: *"mi parli dei segni elettrocardiografici dell'infarto non-Q"*: in questo modo si verificherebbe solo la memorizzazione di alcuni concetti ma non si valuterebbe l'obiettivo che il corso si è dato.

Obiettivo didattico	Unità didattiche pertinenti	Modalità di esecuzione pertinenti	Modalità di valutazione pertinenti
Al termine del corso lo studente deve saper effettuare in modo autonomo a diagnosi elettrocardiografica di infarto del miocardio	richiami di elettrofisiologia cardiaca	tutoriale o lezione frontale	prova scritta e/o orale
	etiologia, fisiopatologia, anatomia patologica ed evoluzione dell'infarto del miocardio	lezioni frontali multidisciplinari	prova scritta e/o orale
	modalità di esecuzione dell'elettrocardiogramma	lezioni a piccoli gruppi su volontari	prova pratica con griglia di osservazione
	quadri elettrocardiografici dell'infarto del miocardio	lezioni a piccoli gruppi e/o frontali con illustrazione di tracciati	interpretazione (scritta e/o orale) di tracciati

Tab. 1 - Un esempio di coerenza tra obiettivi didattici, esecuzione del corso e modalità di valutazione.

La cassetta degli attrezzi

Per organizzare esami pertinenti agli obiettivi programmati, abbiamo a disposizione uno spettro ampio ed articolato di prove di valutazione:

ESAMI SCRITTI: possono essere i più disparati, dai test con domande a risposta multipla, a quelli con risposta motivata (lo studente non deve limitarsi ad indicare la risposta corretta, ma deve anche motivare la propria scelta), a quelli con risposta aperta breve (una, massimo due righe), a piccole composizioni, incluse le tesine, che rappresentano di solito un'efficace prova di valutazione *formativa*. All'esame scritto si rimprovera spesso di valutare le sole competenze mnemoniche dello studente (e la critica è del tutto fondata se la risposta corretta è nota in anticipo e va solo memorizzata), mentre è possibile usare lo strumento dell'esame scritto per valutare abilità "superiori"³ come *interpretare* (dati, quadri morfologici o di laboratorio, ecc), *valutare nessi logici*, *risolvere problemi*, e *prendere decisioni*.

ESAMI ORALI: accanto all'esame orale tradizionale, esistono prove orali basate sull'uso di griglie di valutazione e prove nelle quali l'esaminatore si propone allo studente come un "paziente standardizzato" (anziché chiedere allo studente di illustrare la terapia del diabete di tipo II, gli si può far dire: "faccia conto che abbia appena appreso di essere affetto da diabete di tipo II, e mi consigli la terapia più adeguata". In questo modo si potrà verificare non solo la conoscenza della terapia del diabete, ma anche l'acquisizione da parte dello studente dei principi della *educazione del paziente*).

ESAMI PRATICI: qui la *cassetta* è particolarmente fornita di *attrezzi* modulari: può avere valore di esame pratico la valutazione orale o scritta di specifiche abilità professionali (si possono mostrare i più svariati *reperti* [pezzi anatomici, quadri istologici, tracciati elettrocardiografici, *report* di esami di laboratorio...] e si pongono quesiti interpretativi); sono possibili esami pratici per la verifica (mediante *checklist* o griglie di osservazione) di competenze operative o relazionali (saper fare l'anamnesi, una manovra semeiologica, un atto gestionale, saper comunicare ad un paziente una notizia delicata...); è possibile utilizzare la procedura del "paziente standardizzato" (secondo una prassi di larghissimo impiego nel mondo anglosassone, nel quale si addestrano al compito attori o ex pazienti); ed infine è possibile ordinare una serie di prove pratiche, come quelle citate, in una prova a stazioni (*l'objective structured clinical examina-*

tion, OSCE).

PORTAFOGLIO: l'uso del portafoglio è stato introdotto nel sistema educativo italiano nelle scuole secondarie, ma può essere ben impiegato anche in ambiente universitario. Nel proprio *portfolio* personale lo studente può inserire appunti, materiale didattico ricevuto, proprie ricerche bibliografiche, tesine svolte, un "diario di bordo" (particolarmente utile per monitorare le proprie *competenze emotive*). Il portafoglio è in primo luogo uno strumento formativo di riflessione dello studente, ma può essere esaminato in modo critico insieme a lui e divenire un mezzo di valutazione certificativa.

Prove obiettive

Prerequisito per poter condurre prove di valutazione obiettive è che il livello di competenza dello studente che si va a verificare sia in qualche modo *misurabile* e che il *livello accettabile di performance* (in termini tanto di promozione che di votazione) sia stato *predeterminato* prima dello svolgimento della prova. In questo modo la prova di valutazione diviene oggettiva perché non è più influenzata da variabili contingenti che possono riguardare tanto lo studente che il docente.

L'esame orale tradizionale, che rappresenta solo raramente una prova di valutazione *pertinente*, è inevitabilmente anche una prova *non obiettiva*, vista l'entità dei condizionamenti che si instaurano nella relazione tra docente e studente.

Un recente studio condotto dalla Conferenza Permanente dei Presidenti di CCLS in Medicina⁴ ha confermato l'assunto che l'esame orale è una prova scarsamente obiettiva, vista l'ampiezza della *variabilità interateneo* del voto medio riportato in 15 diversi Corsi di Laurea Italiani (intervallo di variazione da 25,0 a 27,9, media 26,9), della *variabilità interesame* (dal 24,9 di Fisica e Chimica al 28,6 di Ginecologia ed Ostetricia), e della *variabilità intercommissione* d'esame (per Anatomia Patologica il voto medio è oscillato da 23,7 a 30 tra i diversi CLS).

In effetti, la doverosa ricerca di una prova *obiettiva* restringe lo spettro di quelle potenzialmente *pertinenti*. Tra le prove *scritte*, solo le domande a scelta multipla e quelle a risposta aperta breve consentono una correzione in termini obiettivi; gli esami *orali* possono divenire obiettivi solo con l'impiego di griglie di valutazione stabilite a monte; analogamente le prove *pratiche* (incluso il ricorso al paziente standardizzato e l'OSCE) richiedono l'uso di *checklist* e di griglie di osservazione per assumere caratteri

di obiettività e riproducibilità.

Prove interdisciplinari (e interprofessionali)

I corsi di laurea della Facoltà di Medicina fanno ricorso ormai da tempo ad una necessaria integrazione tra docenti appartenenti a più settori scientifico-disciplinari e perfino a più ambiti professionali. La realtà del *corso integrato* nasce dall'esigenza culturale di far fronte alla specializzazione e parcellizzazione del sapere medico-scientifico e rappresenta ormai una prassi consolidata. Ciononostante, la *cultura pedagogica* dell'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale stenta a decollare, a causa di inveterate resistenze.¹ È evidente, a questo proposito, che il grande sforzo di integrazione che è necessario tanto in fase di pianificazione che di esecuzione di un corso integrato è del tutto vanificato se tale integrazione non viene espressa anche in fase di valutazione. Occorre quindi che la scelta delle modalità di valutazione di un corso integrato consenta di evitare la frammentazione disciplinare – e spesso sottodisciplinare – per arrivare ad un esame realmente integrato, capace di valutare se lo studente ha acquisito il necessario approccio olistico ai problemi di salute (e di testimoniare se i docenti hanno realmente sviluppato una cultura dell'integrazione).

Il corso integrato – pur necessario – ha tuttavia frammentato e diluito quella *relazione maieutica* che trasforma il docente in un modello comportamentale per lo studente e che è alla base della *educazione* dello studente, tanto da fare la differenza tra l'educazione e l'*addestramento*. È allora necessario che i docenti di un corso integrato diano vita ad una comunità co-educante capace di negoziare in modo solidale il patto formativo con lo studente e di offrire un *modello collettivo di comportamento professionale*. A tal fine, l'integrazione interdisciplinare deve essere evidente non solo in fase di pianificazione ed esecuzione del corso, ma anche durante la valutazione dello studente.

Conclusioni

Mentre i corsi di laurea della Facoltà di Medicina si propongono di far acquisire agli studenti competenze articolate e diversificate, per la valutazione si tende ad utilizzare sempre il medesimo strumento (il test a scelta multipla per le università nordamericane, l'esame orale per quelle italiane). Al contrario, le prove di valutazione dovrebbero essere stabilite in fase di pianificazione del corso e scelte in modo da essere pertinenti con gli obiettivi che il corso si è dato e con le modalità di insegnamento messe coerentemente in essere.

D'altro canto, l'uso di prove oltre che pertinen-



Educazione Continua in Medicina, un progetto FAD: approccio clinico e terapia del diabete mellito

Fabio Capani (Chieti)

Riassunto

Viene presentato un modello di Formazione a Distanza, rivolto ai Medici di Medicina Generale, con acquisizione di dieci crediti *on-line*. Il modello si compone di 14 lezioni, ognuna delle quali è formata da a) una serie di diapositive commentate su Robopresenter, b) un testo scritto del commento, c) un questionario coerente sui contenuti didattici.

Hanno partecipato alla sperimentazione 945 medici, dei quali 921 (97%) hanno completato il questionario, ottenendo i 10 crediti. I contenuti didattici sono stati considerati rilevanti dal 99% dei partecipanti (molto rilevanti da 279 -30%, rilevanti da 462 -50%- e abbastanza rilevanti da 171 -19%). Poco rilevanti o non rilevanti rispettivamente da 7 e 2 partecipanti (1%). La qualità educativa è stata valutata: eccellente da 391 partecipanti (43%), buona da 417 (45%), soddisfacente da 105 (11%), mediocre o scarsa da 8 (1%). L'efficacia didattica è stata valutata: molto efficace da 210 partecipanti (23%), efficace da 454 (51%), abbastanza efficace da 212 (23%), parzialmente efficace da 19 (2%), inefficace da 6 (1%).

Introduzione

Le nuove tecnologie permettono oggi di utilizzare l'*e-learning* come modalità innovativa per la tra-

smissione di contenuti didattici ed anche le discipline mediche cominciano a utilizzare questa possibilità alternativa ⁽¹⁻¹⁵⁾

Il Ministero della Salute nell'ottobre del 2003 ha promosso l'avvio di una sperimentazione preliminare al fine di individuare *provider* sul territorio nazionale in grado di erogare eventi formativi, residenziali o a distanza, rivolti a tutte le categorie professionali della sanità.

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha selezionato ed ammesso alla sperimentazione di Formazione a Distanza 68 istituzioni (da un numero di oltre 700 enti) fra cui la Fondazione Università Gabriele D'Annunzio ed ha selezionato, fra i 3 presentati, il progetto *Approccio clinico e terapia del diabete mellito* rivolto ai Medici di Medicina Generale. L'argomento è di notevole importanza, in considerazione dell'elevato costo sociale della malattia diabetica (6-10% del costo globale del Servizio Sanitario Nazionale)

Materiali e metodi

Il corso, adattato alla pratica del medico di Medicina Generale, è stato prodotto interamente dall'autore del presente studio, e consiste di 14 lezioni, di lunghezza variabile, i cui dettagli sono

	n° diapositive	m'	sec''
1 Introduzione	5	5	5
2 Tipo 1. Razionale per la terapia insulinica		27	20 5
3 Tipo 1: algoritmi terapeutici	16	15	25
4 La glicemoglobina	3	3	47
5 L'ipoglicemia	8	8	5
6 Tipo 2: rationale per la terapia dietetica	21	18	27
7 Tipo 2: rationale per la terapia farmacologica		37	25 34
8 La chetoacidosi	7	5	47
9 La retinopatia diabetica	12	10	14
10 La nefropatia diabetica	14	10	56
11 La neuropatia diabetica	19	13	51
12 La macroangiopatia diabetica	8	11	24
13 Trattamento dell' ipertensione arteriosa	15	14	22
14 Trattamento delle dislipidemie	23	30	13
totale	215	187	375
Ore 3 minuti 13			

Tab. 1 - Titoli, numero di diapositive commentate in audio e durata delle 14 lezioni.

riportati nella tab. 1. Il numero totale di diapositive commentate è di 215 con una media di 15 diapositive per lezione (*range* 5-37) Il software utilizzato è il Robopresenter della eHelp Corporation. La durata totale del commento audio delle diapositive è stato di 3 ore e 25 minuti con una media di circa 14 minuti per lezione. La durata media del commento per diapositiva è di 57 secondi. Notevole accuratezza è stata data alla coerenza fra i contenuti didattici forniti sia come commento scritto alle diapositive, sia sotto forma testuale, in pdf da una parte e il questionario necessario per l'acquisizione dei crediti formativi dall'altra.

La fruizione dei contenuti didattici è stata eseguita mediante CD-ROM, contenente le 14 lezioni, sia come diapositive commentate dall'autore, sia come testo in pdf. Alla fine della fruizione e dell'assimilazione delle lezioni, gli utenti venivano invitati a connettersi *on line* per sottoporsi al test. Esso era formato da 50 domande (5 per credito formativo) con 5 risposte, di cui solo una positiva. I crediti formativi venivano rilasciati *on line*, soltanto se si rispondeva correttamente all'80%. Ogni fruitore poteva sottoporsi al test un numero illimitato di volte.

La sperimentazione è stata condotta nel periodo 1 luglio - 31 ottobre 2004.

Risultati

Hanno partecipato alla sperimentazione 945 medici, dei quali 921 (97%) hanno completato il questionario, ottenendo *on line* i 10 crediti formativi. I partecipanti che hanno superato il test al primo tentativo sono stati 836 (91%), 61(7%), al secondo 14 (1%) al terzo e 10 (1%) dopo il terzo.

Il punteggio medio per il superamento del test è stato pari al 94%.

Ogni candidato, al momento del superamento del test era obbligato a riempire un questionario, allo scopo di raccogliere informazioni sull'indice di gradimento del corso.

Rilevanza dei contenuti didattici

Domanda: come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

279 partecipanti (pari al 30%) giudicavano i contenuti didattici molto rilevanti

462 partecipanti (pari al 50%) li giudicavano rilevanti e

171 partecipanti (pari al 19%) abbastanza rilevanti.

7 e 2 partecipanti consideravano i contenuti rispettivamente poco rilevanti o non rilevanti (pari all'1%)

Qualità educativa

Domanda: come valuta la qualità educativa di questo programma FAD?

391 partecipanti (pari al 43%) l'hanno giudicata eccellente,

417 partecipanti (pari al 45%), buona

105 partecipanti (pari all'11%), soddisfacente

8 partecipanti (pari all'1%) mediocre o scarsa

Efficacia didattica

Domanda come valuta l'efficacia dell'attività per la sua formazione continua?

Inefficace (non ho imparato nulla per la mia attività professionale): 6 (pari all'1%).

Parzialmente efficace (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività professionale): 19 (pari al 2%),

Abbastanza efficace (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni): da 212 (pari al 23%)

Efficace (mi ha stimolato a cambiare alcuni ele-

menti della mia attività professionale): da 454 (pari al 51%)

Molto efficace (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività professionale): 210 partecipanti (pari al 23%).

Discussione e conclusioni

Sotto il profilo tecnologico, la fruizione del corso è avvenuta senza problemi, in quanto la necessità della connettività in internet è stata ridotta al minimo, essendo stata necessaria solo dopo la fruizione dei contenuti didattici contenuti nel CD-ROM, al momento del test per l'acquisizione dei crediti formativi. Il *download* del certificato subito dopo il superamento del test non ha dato alcun problema.

Al momento non è possibile stabilire un confronto con gli altri 67 corsi *on line*, autorizzati dal Ministero, perché i risultati non sono stati anco-

ra pubblicati. Gli AA sono convinti della grande efficacia di questa nuova modalità di erogazione dei contenuti didattici, purchè la loro preparazione sia stata eseguita in modo accurato, tenendo conto del livello culturale medio dei potenziali fruitori.

Bibliografia

- 1) Carr MM, Reznick RK, Brown DH. Comparison of computer-assisted instruction and seminar instruction to acquire psychomotor and cognitive knowledge of epistaxis management. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 121: 430-4.
- 2) D'Alessandro DM, Kreiter CD, Erkonen WE, Winter RJ, Knapp HR. Longitudinal follow-up comparison of educational interventions: multimedia textbook, traditional lecture, and printed textbook. *Acad Radiol* 1997; 4: 719-23.
- 3) Devitt P, Palmer E. Computer-aided learning: an overvalued educational resource? *Med Ed* 1999; 33: 136-9.
- 4) Elves AW, Ahmed M, Abrams P. Computer-assisted learning; experience at the Bristol Urological Institute in the teaching of urology. *Br J Urol* 1997; 80 (suppl 3): 59-62.
- 5) Greenhalgh T. Computer-assisted learning in undergraduate medical education. *BMJ* 2001; 322: 40-44.
- 6) Haag M, Maylein L, Leven FJ, Tonshoff B, Haux R. Web-based training: a new paradigm in computer-assisted instruction in medicine. *Int J Med Informatics* 1999; 53: 79-90.
- 7) Hilger AE, Hamrick HJ, Denny FW Jr. Computer instruction in learning concepts of streptococcal pharyngitis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150: 629-31.
- 8) Kallinowski F, Mehrabi A, Gluckstein C, Benner A, Lindinger M, Hashemi B, et al. Computer-based training—a new method in surgical education and continuing education. *Chirurg* 1997; 68: 433-8.
- 9) Mehta MP, Sinha P, Kanwar K, Inman A, Albanese M, Fahlg W. Evaluation of internet-based oncologic teaching for medical students. *J Cancer Educ* 1998; 13: 197-202.
- 10) Norman G., Research in medical evaluation: three decades of progress. *BMJ* 2002; 324: 1560-1562.
- 11) Rogers DA, Regehr G, Yeh KA, Howdieshell TR. Computer-assisted learning versus a lecture and feedback seminar for teaching a basic surgical technical skill. *Am J Surg* 1998; 175: 508-10.
- 12) Schwartz S, Griffin T. Comparing different types of performance feedback and computer-based instruction in teaching medical students how to diagnose acute abdominal pain. *Acad Med* 1993; 68: 862-4.
- 13) Velan GM, Killen MT, Dziegielewsky M, Kumar RK. Development and evaluation of a computer-assisted learning module on glomerulonephritis for medical students. *Medical Teacher* 2002; 24: 412-416.
- 14) Walsh RJ., Bonn RC. Computer-assisted instructions: a role in teaching human gross anatomy. *Med. Educ* 1990, 24: 499-506.
- 15) Weverling GJ, Stam J, ten Cate TJ, van Crevel H. Computer-assisted education in problem-solving in neurology; a randomized educational study. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1996; 140: 440-3.

L'utilizzo dell'*objective structured clinical examination* nella prova finale abilitante del corso di Laurea in Infermieristica del Campus Bio Medico di Roma

Maria Materese (Roma Campus Bio Medico)

Introduzione

Al termine del percorso di studi delle classi di Laurea delle professioni sanitarie è previsto un esame finale con valore abilitante all'esercizio professionale che, secondo l'ultimo decreto Murst del 2 aprile del 2001, si articola in due prove: redazione di un elaborato e dimostrazione di abilità pratiche. A differenza di quanto avviene per il corso di Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia, nelle altre professioni sanitarie per tradizione l'esame di stato abilitante coincide con l'esame finale del percorso di studi ed è svolto alla presenza di rappresentanze professionali e ministeriali, garanti nei confronti della società dell'adeguatezza della preparazione dei nuovi professionisti sanitari. Infatti il fine ultimo dell'esame di abilitazione è quello di certificare che i neolaureati possiedono quelle conoscenze, abilità e competenze che gli permetteranno di esercitare la professione in maniera sicura ed efficace ad un livello di ingresso, a tutela della salute dei cittadini che ad essi si rivolgeranno⁽¹⁾. Il livello di ingresso fa riferimento ai primi mesi di attività lavorativa in cui i neoprofessionisti dovranno fare affidamento soltanto sulle conoscenze ed abilità conseguite durante il loro corso di studi per erogare prestazioni sicure (1); la successiva esperienza professionale e gli ulteriori percorsi formativi offriranno ai professionisti l'opportunità di acquisire e/o approfondire ulteriormente le loro competenze in ambiti specifici.

Negli ultimi anni, in ambiente universitario e all'interno della stessa conferenza, si è riflettuto sul significato dell'esame finale e su quali metodologie siano più adeguate a valutare le competenze professionali dei futuri laureati^(2,3). Infatti la legislazione non definisce modalità, contenuti della prova o il livello minimo di competenza richiesto per l'ingresso nella professione, lasciando ampia discrezionalità alle singole sedi universitarie. Questo ha portato perciò ad un'ampia varietà di esperienze a livello nazionale, caratterizzate nella maggior parte dei casi da disomogeneità di comportamento docimologico e mancanza di standardizzazione di giudizio.

Una riflessione critica sulle esperienze finora effettuate e sulle metodologie utilizzate potrebbe essere utile per cercare di rendere tale momento valutativo il più possibile oggettivo, trasparente, equo ed efficace.

In letteratura sono riportati vari metodi utilizzabili per valutare le abilità professionali, che vanno dalla prova pratica o applicativa alle domande a scelta multipla, al tema o caso scritto. La prova pratica o applicativa, ad esempio, va ad esaminare le abilità gestuali dello stu-

dente, senza però collegarle al processo globale di assistenza o alle capacità di pensiero critico; d'altro canto in una prova scritta o orale la descrizione della modalità di esecuzione di un'abilità psicomotoria non garantisce che lo studente sappia eseguire tale atto in maniera corretta. Accanto alla necessità di definire esattamente quali abilità (di tipo cognitivo, psicomotorio o relazionale) si vogliono principalmente valutare⁽²⁾, bisogna anche ricordare che le varie metodologie non garantiscono tutte lo stesso livello di affidabilità e validità influenzando la capacità dell'esame stesso di essere oggettivo, rigoroso, riproducibile e confrontabile (tab. 1)⁽⁴⁾.

Le metodologie più utilizzate a livello internazionale nell'esame di abilitazione dei professionisti sanitari

Metodologie	Affidabilità	Validità
Domande a scelta multipla	++	++
Domande a saggio modificato	+	++
Test applicativi/esame pratico	+	+
Tema	0	0
Revisione documentazione clinica	+	++
Esame orale	++	
Paziente standardizzato	++	++
Objective structured clinical examination	++	++

Tab. 1 - Affidabilità e validità dei metodi per la valutazione delle competenze professionali.

sono le domande a scelta multipla e l'*objective structured clinical examination* (OSCE). In particolare l'OSCE, a 30 anni dalla sua ideazione da parte dell'inglese Ronald Harden, si dimostra ancora oggi un metodo efficace ed affidabile per la valutazione delle competenze professionali. L'OSCE si articola in una serie di prove (stazioni), che lo studente deve superare in successione in un tempo stabilito; in ogni stazione lo studente deve affrontare un compito prefissato, corrispondente ad una competenza clinica specifica, rispondendo ad un gruppo di domande per iscritto o oralmente o mettendo in atto direttamente dei comportamenti⁽⁵⁾. Mentre è possibile reperire esperienze di utilizzo dell'OSCE anche in Italia nella valutazione formativa e certificativa dei professionisti sanitari, il suo ricorso nell'esame di abilitazione risulta essere esperienza piuttosto rara. Proprio per iniziare una riflessione sul possibile utilizzo dell'OSCE nella prova pratica dell'esame finale si riporta l'esperienza effettuata presso l'Università Campus Bio Medico (CBM) di Roma nel

¹ Ad esempio nell'esame di abilitazione statunitense per gli infermieri si utilizzano domande a scelta multipla; in Canada accanto alle domande a scelta multipla si utilizza anche un formato OSCE.

² Viene tradotto in italiano come esame clinico strutturato oggettivo.

³ Citiamo ad esempio l'esperienza dell'Università di Verona, dell'Università Campus Bio Medico di Roma, dell'Università di Torino e, per il Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, dell'Università Politecnica delle Marche.

⁴ Per coerenza interna di un esame intendiamo il grado in cui i vari quesiti o prove dell'esame riflettono o misurano lo stesso concetto.

corso di Laurea In Infermieristica.

Validità ed affidabilità dell'OSCE nell'esame finale presso il CBM

Il gruppo di docenti responsabili della pianificazione ed organizzazione dell'esame finale del corso di Laurea in Infermieristica del CBM ha dovuto affrontare, inizialmente e durante tutto il percorso di utilizzo dell'OSCE, varie questioni relative alla validità ed affidabilità del metodo, proprio per la necessità di rendere tale prova il più possibile seria e rigorosa in quanto momento di valutazione delle competenze in un esame di stato. Il gruppo ha potuto giovare dell'esperienza triennale di utilizzazione dell'OSCE nell'esame finale di tirocinio di 3 anno, effettuata a partire dall'anno accademico 1997-98⁽⁶⁾, che ha permesso al gruppo di conoscere la metodologia sia dal punto di vista teorico che applicativo, portando alla decisione di trasferire tale metodo nella prova dell'esame di stato a partire dall'anno accademico 2000-2001.

La validità della prova, espressa come la capacità di un test o esame di misurare effettivamente la competenza clinica degli studenti richiesta per la pratica professionale, è stata garantita utilizzando varie strategie; ad esempio è stato demandato ad un gruppo rappresentativo di infermieri docenti e clinici del CBM la responsabilità di selezionare le competenze da valutare nell'esame di abilitazione arrivando ad un consenso su competenze, contenuti delle stazioni e scenari⁽⁷⁾; inoltre il contenuto complessivo della prova OSCE e di ogni singola stazione è stato confrontato con il curriculum del corso di Infermieristica del CBM per assicurarne la validità interna e con il Core Curriculum redatto dal gruppo di lavoro della Conferenza⁽⁸⁾ per controllarne la validità esterna. Il gruppo di docenti e clinici, nello sforzo di assicurare la validità del contenuto, ha cercato di selezionare competenze sia nella sfera cognitiva, relazionale che psicomotoria, per rappresentare lo spettro completo di competenze professionali richieste al neoinfermiere (tab. 2); inoltre poiché l'attività assistenziale infermieristica si basa sull'applicazione del processo di nursing ha anche provveduto a selezionare competenze che potessero rappresentare le varie fasi del processo di nursing (tab. 3). Il processo di analisi e validazione ha portato all'individuazione di 8 stazioni o prove, con modalità scritta o interattiva a seconda della natura delle competenze (tab. 2).

L'affidabilità, intesa come la coerenza o regolarità di

Sfera competenza	Prova	Modalità
Cognitiva	1. Ragionamento diagnostico 2. Triage 3. Valutazione ECG 4. Gestione terapia farmacologica	Scritta
Psicomotoria	5. Basic Life Support	Interattiva
Psicomotoria -relazionale	6. Mobilizzazione 7. Posizionamento del paziente	
	8. Esame obiettivo	

Tab. 2 Prove OSCE e sfere di competenza.

Fase processo di nursing	Prova
Valutazione iniziale	Esame obiettivo
Processo diagnostico	Ragionamento diagnostico
Individuazione priorità	Triage, Valutazione ECG
Attuazione e valutazione gica	Gestione terapia farmacologica Basic Life Support Mobilizzazione Posizionamento

Tab. 3 - Prove OSCE e processo di nursing.

un test o esame, è stata assicurata ad esempio coinvolgimento nella costruzione degli strumenti di valutazione professionisti con esperienza clinica specifica nella singola competenza oggetto di valutazione; inoltre gli strumenti di valutazione inizialmente predisposti per ciascuna prova (ad es. check list) sono stati testati facendo valutare le prove da due differenti esaminatori (affidabilità di intervalutazione). Durante l'esame, le valutazioni in ogni stazione sono state effettuate da valutatori appositamente formati ed esperti nella competenza oggetto di valutazione⁽⁷⁾.

Riflessioni sull'esperienza al CBM

Dopo tre anni di utilizzo dell'OSCE nella prova pratica dell'esame di abilitazione è possibile evidenziare alcune questioni ancora non risolte, che vengono illustrate di seguito insieme alle valutazioni da parte dei soggetti coinvolti nel processo valutativo.

Livello accettabile di *performance* (LAP). Uno dei punti critici che il gruppo promotore ha dovuto affrontare è stato l'individuazione del livello minimo di performance per ciascuna abilità o prova, cioè quel valore numerico soglia che permette di considerare una data prova superata; la sua determinazione passa attraverso l'analisi dei singoli atti che compongono una determinata prestazione e l'individuazione di quali atti o azioni possono essere omessi o non eseguiti correttamente senza inficiare l'efficacia e l'efficienza della prestazione⁽⁹⁾. Il processo di individuazione del LAP di una prova è piuttosto complesso e per non incorrere in arbitrarietà richiede un approccio collegiale e di consenso generale tra i formatori, alla luce anche dei risultati delle prove degli studenti⁽¹⁰⁾. La mancanza di *gold standard* per molte delle attività professionali infermieristiche ha reso ancora più difficile il processo.

Gold standard. In ambito infermieristico non esiste infatti ancora un accordo sulle modalità ottimali per eseguire una determinata prestazione o attività, portando ad una estrema variabilità nella sua realizzazione, e quindi nella sua valutazione, non solo a livello di varie strutture sanitarie ma anche all'interno della stessa struttura tra un operatore e l'altro. È stato quindi necessario rifarsi alla letteratura nazionale ed internazionale e all'esperienza degli infermieri clinici del CBM per individuare uno standard che potesse avere una valenza il più possibile generale e non locale. Coerenza interna. La valutazione della correlazione tra i punteggi delle prove scritte e interattive conseguiti dagli stu-

denti nel corso dei 3 anni ha portato ad individuare una correlazione debole tra i due formati di prove, mettendo in evidenza differenti abilità degli studenti nelle diverse aree (in genere i punteggi più alti sono stati riscontrati nelle prove psicomotorie-relazionali). La correlazione tra le prove scritte è stata ugualmente bassa mentre quella tra le prove interattive è stata più elevata. I risultati suggeriscono che è necessario migliorare il grado di coerenza interna apportando alcune modifiche alle prove che valutano le abilità cognitive e aumentando il numero di stazioni che valutano le varie abilità. Impatto sui rappresentanti ministeriali e professionali. Un altro problema che abbiamo dovuto affrontare, in quanto l'OSCE è un metodo relativamente recente e poco utilizzato nella tradizione valutativa professionale, è stato quello della difficoltà da parte dei rappresentanti ministeriali e professionali, ma anche dei docenti interni facenti parte della commissione di laurea, di capirne esattamente il funzionamento e questo alcune volte ha portato alla richiesta, non esaudibile, di modificare alcuni elementi su cui si basava il metodo. Per questo motivo è stato predisposto del materiale informativo, da consegnare ai rappresentanti e membri della commissione prima delle prove, che illustra in che cosa consiste esattamente l'esame, come è effettuato, le competenze selezionate, i punteggi attribuiti. Valutazione da parte degli studenti. L'OSCE è valutato positivamente dagli studenti anche se è considerato stressante per la sua intensità e la varietà di abilità richieste: infatti passare da prove così diverse tra loro nel giro di pochi minuti, in un tempo complessivo di non più di quaranta minuti richiede un'elevata capacità di concentrazione. Le prove avvertite come più complesse, e che tra l'altro hanno fatto riscontrare punteggi più bassi, sono state quelle cognitive in quanto, a detta degli studenti, l'ansia da esame riduce la loro capacità di attenzione e concentrazione. Per questo motivo nel corso degli anni è stato aumentato il tempo fissato per queste prove e sono state previste delle stazioni di riposo. Valutazione dei formatori/valutatori. La pianificazione di un esame con la modalità OSCE è complessa e prevede il coinvolgimento di un numero elevato di docenti, formatori e tutori. Inoltre richiede disponibilità di aule, materiale, tutori per ogni stazione e pazienti simulati. L'idea iniziale di ricorrere a pazienti standardizzati (persone appositamente preparate a simulare problemi assistenziali) è stata abbandonata in quanto le persone addestrate erano per lo più infermieri che a causa della turnistica o del cambio di struttura ospedaliera non erano disponibili nelle date indicate per la prova. Si sono utilizzati come pazienti simulati studenti del 1° e 2° anno del corso di Laurea in Infermieristica raggiungendo in questo modo un doppio obiettivo: poter attingere ad un serbatoio di persone motivate alla partecipazione e far conoscere in anticipo agli studenti la modalità di esame di abilitazione.

Conclusioni

L'OSCE e le domande a scelta multipla sono i metodi che in assoluto garantiscono la maggiore oggettività,

validità ed affidabilità rispetto agli altri utilizzati correntemente in Italia per la prova pratica dell'esame finale abilitante, come ad esempio l'elaborazione di piani assistenziali, la discussione di casi, le domande a saggio modificato, le prove pratiche, i temi.

L'organizzazione di un esame che utilizza l'OSCE è un processo lungo e complesso che passa attraverso la definizione delle competenze, delle stazioni, degli scenari, degli strumenti di valutazione e richiede la condivisione degli obiettivi educativi e il coinvolgimento di più professionisti. Richiede inoltre la disponibilità di risorse materiali ed umane (aule, materiale per ogni prova, pazienti simulati o standardizzati, valutatori per ogni stazione) che lo rendono certo un metodo non fattibile in tutte le realtà universitarie. Riteniamo d'altro canto che la diffusione di questo metodo in altre sedi universitarie potrebbe stimolare un processo di riflessione e confronto sulle competenze di ingresso nella professione contribuendo al processo di definizione delle competenze core professionali.

La riflessione nata dalla valutazione delle metodologie utilizzate nell'esame di abilitazione dovrebbe contribuire a mantenere viva l'attenzione sul significato che l'esame di abilitazione deve avere per la società e sulle responsabilità che le singole sedi formative si assumono nell'individuare modalità di valutazione delle competenze professionali e nel certificare il raggiungimento dei livelli minimi di competenza.

Bibliografia

- 1) Smith JE, Crawford LH. The link between entry-level RN practice and the NCLEX-RN Examination. *Nurse Educator* 2002; 27: 109-112.
- 2) Matarese M. Linee guida metodologiche per la preparazione della prova scritta e pratica per l'esame di abilitazione professionale nei diplomi universitari. *75012 Med. Chir* 1999; 13: 457-466.
- 3) Matarese M, Marfoli E. La prova scritta nell'esame di abilitazione professionale del DU per Infermiere: esperienza di utilizzo delle domande a scelta multipla. *Nursing Oggi* 2000; 3 (1): 22-29.
- 4) Friedman E. The value in Evaluation. From http://www.mssm.edu/medschool/institute/edu_leadership/ppt/value_edu_2003.pps.
- 5) Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J* 1975; 22: 447-51.
- 6) Matarese M, De Marinis MG, Tartaglini D, Barbera G. Utilizzo dell'Objective structured clinical examination per la valutazione degli studenti del corso di diploma per infermiere. *Nursing oggi* 1999; 1: 42-49.
- 7) Walters K, Osborn D, Raven P. The development, validity and reliability of a multimodality objective structured clinical examination in psychiatry. *Medical Education* 2005; 39: 292-298.
- 8) Binetti P, Valenti D. *Tra tradizione ed innovazione nella formazione universitaria delle professioni sanitarie: il core curriculum, dal core contents al core competence*. Roma: SEU, 2003.
- 9) Guilbert JJ. *Guida pedagogica per il personale sanitario*. Bari: Edizioni Dal Sud 2002.
- 10) Morrison H, McNally H, Wylie C, McFaul P, Thompson W. The passing score in the Objective Structured Clinical Examination. *Medical Education* 1996; 30: 345-448.

Il core values, un modello pedagogico per la valutazione dei comportamenti professionali

Un'esperienza di valutazione del tirocinio condotta presso il Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università di Bologna

Paolo Pillastrini, Lucia Bertozzi, Viviana Montevercchi (Bologna)

Premessa

In questo studio viene presentato un progetto per la valutazione del tirocinio adottato dal Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università di Bologna, che si pone come obiettivo presentare agli studenti un modello di esercizio professionale basato su principi e valori, da cui derivi inoltre una modalità di valutazione che ne favorisca il processo di apprendimento.

Questo modello nasce sulla base dell'esperienza maturata negli Stati Uniti presso alcuni istituti universitari di formazione per medici e professionisti della salute. In particolare, tra le diverse soluzioni adottate, ci sono sembrati di notevole interesse quanto proposto dall'A.B.I.M. (American Board of Internal Medicine) (Robins et al, 2002), in cui gli autori cercano di valutare l'appropriatezza di un modello suddiviso in due sezioni, una costituita dai valori professionali e l'altra dai comportamenti ritenuti non professionali e, soprattutto, il documento metodologico presentato dall'A.P.T.A. (American Physical Therapy Association), su cui ci soffermeremo in seguito.

La conferma che il grado di professionalità vada commisurato anche in base a valori e non solo a conoscenze e competenze, era già consolidata nel team di coordinatori del Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università di Bologna, tuttavia non si era ancora riusciti ad individuare una modalità di valutazione realistica e utile ai fini dell'apprendimento. È a questo riguardo che un'altra autrice, Louise Arnold, ci ha fornito ottime indicazioni a cui abbiamo fatto riferimento, partendo dal presupposto che "... senza solidi strumenti di valutazione, gli studenti non riceveranno risposte convincenti ai loro dubbi relativi alla pratica professionale..." (Arnold L., 2002).

Il contesto

Nel 2003 un gruppo di esperti, partendo dal testo del profilo professionale e dei bisogni prioritari di salute, ha elaborato il *core competence* del fisioterapista (A.I.Fi., 2003), cioè l'essenza delle competenze della professione. Successivamente è stato possibile elaborarne il *core curriculum* (Bertozzi et al, 2005), espressione delle specifiche conoscenze di base.

A partire dal *core competence* e dal *core curriculum* del fisioterapista, i corsi di studio universitari hanno costruito gli obiettivi formativi degli insegnamenti e dei tirocini in base ad un ragionamento logico deduttivo.

Tuttavia, il contenuto di questo modello non intende rappresentare un assioma con i fondamenti disciplinari nella professione fisioterapista ma, in relazione al cambiare dei bisogni di salute e all'evoluzione delle scienze di base e di quelle specialistiche, si aggiorna ed evolve nel tempo per non cadere nell'obsolescenza.

Uno degli scopi di questo studio è stato inoltre quello di condividere uno strumento che consentisse di esplorare il patrimonio culturale complessivo della professione: le conoscenze, le esperienze ed i valori, in particolare quelli propri della professione.

Già alcuni autori italiani di cultura infermieristica avevano affermato che "... Per quanto il concetto di competenza possa essere inteso come un insieme equilibrato di conoscenze e abilità sapientemente integrate da valori etici indiscutibili ..." (Colombo, 2003) ma, nonostante le elaborazioni sopracitate (*core competence*, *core curriculum*), in questo percorso non era ancora possibile dedurre e costruire un modello pienamente corrispondente ai valori di base della nostra professione, poiché questa completezza sfuggiva al patrimonio culturale complessivo: conoscenze, esperienze arricchite di valori, autorità professionale e dignità del servizio erogato.

Di qui è nata l'idea di integrarli e di rinforzarli attraverso quello che l'associazione dei fisioterapisti americani ha definito come il *core values* (A.P.T.A., 2000).

Il *core values* integra tre elementi: diritto, deontologia ed etica, "... ambiti di riferimento entro i quali valutare la congruità delle condotte professionali..." (Rodriguez, 2003).

Una delle riflessioni elaborate dal gruppo di esperti, traeva spunto da una domanda: l'esistenza di un codice deontologico di per sé non è già esaustiva a questo scopo? Consegnare il testo del codice deontologico agli studenti su cui lavorare a piccoli gruppi, simulare delle situazioni critiche richiamate in esso, non porta ugualmente ai risultati voluti? In base all'analisi della realtà professionale e formativa nel suo complesso, la risposta prevalente è stata negativa e la conclusione ha riportato che l'esistenza di un codice deontologico non produce automaticamente l'adesione ai valori di base di una professione e la sua struttura inoltre non consente di individuare e valutare i comportamenti degli studenti e i professionisti.

Il *core values* rappresenta invece una espressione

ne più ampia (ai fini formativi) della trasmissione dei valori del codice deontologico perché:

- traduce i valori in azioni professionali
- abbraccia anche la sfera del diritto
- è una schematizzazione più comprensibile per gli studenti
- è uno strumento che permette di misurare i risultati
- valorizza l'etica e la bioetica

Il *core values*, come già il codice deontologico, manifesta un'accezione positiva dei comportamenti, ovvero dà indicazioni in senso prescrittivo-positivo. Infatti esso si esprime attraverso termine quali: "lo studente ha cura, fa, riconosce, ecc. e la centralità dell'azione è sempre la tutela della salute del paziente che lo studente incontra in tirocinio, in cui l'esercizio professionale è caratterizzato dalla solidarietà con la persona".

A questo punto, come si è detto in premessa, abbiamo ricercato in letteratura un modello che potesse essere un riferimento utile per il nostro scopo ed abbiamo individuato un documento che ci ha suggerito un metodo da seguire: "Professionalism in physical therapy: core values" (A.P.T.A. - American Physical Therapy Association, 2000).

In questo modello sono sintetizzate le seguenti tappe:

1. Isolare i valori fondamentali (*core*)
2. Definire ciascun valore
3. Individuare gli indicatori ovvero i comportamenti
4. Predisporre un sistema di valutazione basato sulla presenza o meno di tali comportamenti.

Per ogni valore elencato è prevista una tabella in cui sono indicati una definizione e alcuni semplici indicatori (non esaustivi) correlati a quel *core value* nella pratica quotidiana del fisioterapista.

I valori che abbiamo identificato sono stati:

Responsabilità, dedizione, empatia, eccellenza, senso del dovere ed integrità.

La responsabilità è stata definita come *la consapevolezza del proprio ruolo, delle proprie funzioni e delle conseguenze del proprio operato*.

La dedizione come pone *l'interesse verso i bisogni e gli obiettivi del paziente prima del proprio interesse*.

L'empatia come *la condizione di immaginare se stessi essere un'altra persona ed in tal modo condividere le sue idee e sensazioni* (Longman's Dictionary) oppure come *la capacità di sperimentare il mondo di un'altra persona come se fosse il proprio senza mai perdere quella qualità del "come se"* (Rogers).

L'eccellenza come *l'uso delle conoscenze attuali, la capacità critica di valutazione, l'accoglienza di ciò che porta al progresso, la contestazione*

della mediocrità, il lavoro per lo sviluppo delle nuove conoscenze, la motivazione al fare e al fare sempre meglio (A.P.T.A., 2000).

Il senso del dovere ed integrità come *l'adesione ai principi etici della professione per fornire servizi effettivi a pazienti, alla professione e influenzare positivamente la salute della società* (A.P.T.A., 2000).

Materiali e metodi

Per la costruzione del *core value*, con un'attenzione particolare rivolta alla selezione dei comportamenti più appropriati per indicare un determinato valore, è stata messa a punto e somministrata alle guide di tirocinio/tutor e ai coordinatori nelle numerose sedi del Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università di Bologna un'intervista strutturata.

Il questionario dell'intervista prevedeva due domande aperte:

- 1) elenca i valori che ritieni fondamentali per la professione del fisioterapista
- 2) per ognuno di essi elenca almeno due comportamenti che ne siano l'espressione (quali comportamenti ha il fisioterapista che possiede tali valori?)

La semplice intervista era quindi strutturata, con domande del tutto esplicitate e aperte, per lasciare ampia libertà di risposta.

Il questionario è stato somministrato da un intervistatore addestrato (coordinatore del Corso), che incontrava direttamente le persona intervistate.

L'intervistatore era parte attiva sia nell'illustrare i contenuti del questionario che nel dare spiegazioni, permettendo all'intervistato di riflettere sulle proprie idee e di svilupparle, senza però influenzarlo. Questa modalità diretta ha consentito una piena rispondenza (evitando così errori di selezione). Essendo le risposte di tipo qualitativo, sono state ordinate, categorizzate ed infine classificate in base al numero di citazioni riportate dagli intervistati, che evidenziavano un certo valore o comportamento.

Al termine sono stati scelti i valori e i relativi comportamenti condivisi da almeno cinque intervistati.

Risultati

Il *core values* che ne è risultato ha avuto l'approvazione degli organi didattici competenti e viene per ora utilizzato sperimentalmente nella formazione sul campo, condiviso da tutor e studente prima dell'inizio del tirocinio.

Lo studente viene valutato in base alla presenza o assenza dei comportamenti relativi ad ogni valore (vedi tabella).

Conclusioni

Si tratta di uno strumento perfezionabile, soprattutto per quanto riguarda la semantica che condizio-

Core Value	Definizione	Indicatori
Responsabilità	La consapevolezza del proprio ruolo, delle proprie funzioni e delle conseguenze del proprio operato. Comprende l'accettazione delle regole della Unità Operativa	<p>Lo studente risponde ai bisogni del paziente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lo studente riconosce le conseguenze delle proprie azioni, (gesti, parole, atteggiamenti) • Lo studente, non dà informazioni a famigliari o pazienti in relazione alla diagnosi e prognosi funzionale, programma riabilitativo o altro se non concordate con il fisioterapista/tutor • Lo studente utilizza comportamenti verbali ed extraverbali concordati con il fisioterapista/tutor • Lo studente riconosce i propri limiti e di conseguenza chiede l'adeguato aiuto • Lo studente ha cura dell'incolumità fisica del paziente dall'inizio alla fine della seduta • Lo studente si sente parte dell'equipe e partecipa, nei modi concordati con il fisioterapista/tutor, ai momenti comuni • Lo studente collabora con l'equipe per il raggiungimento di obiettivi • Lo studente riesce a controllare le situazioni di stress, tensione conflitto • Lo studente riconosce la situazione difficile ed esterna la sua difficoltà per elaborarla e tradurla in esperienza riflessiva • Lo studente sa delegare compiti ad altri studenti • Lo studente è flessibile e si adatta ai cambiamenti • Lo studente accetta compromessi e ricerca accordi • Lo studente lavora efficientemente ed efficacemente con tutti • Lo studente non fa commenti o domande al tutor davanti al paziente • Lo studente si assume la responsabilità di essere parte integrante della gestione del paziente
Dedizione	L'interesse verso i bisogni e gli obiettivi del paziente viene posto prima del proprio interesse	<ul style="list-style-type: none"> • Lo studente pone i bisogni del paziente prima dei propri • Lo studente comprende i bisogni del paziente • Lo studente pone i bisogni della struttura prima dei propri ovvero mostra capacità di adattamento alle esigenze dell'organizzazione • Lo studente non manifesta e non enfatizza la propria fatica • Lo studente mostra disponibilità di quel "poco oltre le proprie competenze" che può condurre ad una utile integrazione dei ruoli professionali.
Empatia	La condizione di immaginare se stessi essere un'altra persona ed in tal modo condividere le sue idee e sensazioni. (Longman's Dictionary) La capacità di sperimentare il mondo di un'altra persona come se fosse il proprio senza mai perdere quella qualità del "come se" (Rogers)	<ul style="list-style-type: none"> • Lo studente rispetta la condizione fisica del paziente • Lo studente rispetta l'età del paziente • Lo studente rispetta le idee politiche e religiose del paziente • Lo studente rispetta le scelte, i desideri e le aspettative del paziente • Lo studente rispetta il dolore e la sofferenza del paziente senza minimizzarlo • Lo studente sa gestire gli spazi fisici del paziente (sa quando accostarsi e quando allontanarsi) • Lo studente capisce i confini della relazione (spazio privato) • Lo studente sa ascoltare il paziente • Lo studente sa gestire il ritmo della comunicazione (parole-silenzio) • Lo studente sa gestire la sua comunicazione gestuale • Lo studente utilizza il proprio corpo per trasmettere sicurezza • Lo studente coglie l'attimo facilita il "qui e ora" • Lo studente crea una relazione di fiducia/riservatezza • Lo studente ricerca il più alto livello di benessere per il paziente
Eccellenza	Uso delle conoscenze attuali, la capacità critica di valutazione, l'accoglienza di ciò che porta al progresso, la contestazione della mediocrità, il lavoro per lo sviluppo delle nuove conoscenze. La motivazione al fare e al fare sempre meglio	<ul style="list-style-type: none"> • lo studente si confronta con gli altri operatori/studenti • lo studente finalizza lo studio alla soluzione di un problema e non solo per superare un esame • Lo studente cerca prove di efficacia a supporto delle proprie decisioni professionali • Lo studente cerca il miglioramento della qualità del proprio intervento riabilitativo • Lo studente comunica umiltà intellettuale nella professione e nelle situazioni interpersonali

Core Value	Definizione	Indicatori
Senso del dovere ed integrità	L'adesione ai principi etici della professione per fornire servizi effettivi a pazienti, alla professione e influenzare positivamente la salute della società	<ul style="list-style-type: none"> • lo studente rispetta le regole della struttura • lo studente ha rispetto della propria persona • lo studente ha rispetto delle persone (pazienti e colleghi), indipendentemente da valutazioni circa la nazionalità, la razza, le idee politiche, le condizioni sociali, il sesso e le preferenze sessuali, identità culturale e credo religioso • lo studente ha rispetto dell'ordinamento giuridico vigente • lo studente mantiene il segreto su tutto ciò che gli viene confidato o che può conoscere durante il tirocinio • lo studente mantiene la massima riservatezza sulle prestazioni professionali effettuate o programmate. • Lo studente tutela la riservatezza dei dati personali e della documentazione in suo possesso e della loro trasmissione • Lo studente non esprimere giudizi o critiche sull'operato di professionisti o studenti in presenza di utenti o comunque di estranei • Lo studente rispetta le altre professioni sanitarie e collabora con le stesse • lo studente rispetta tutti gli articoli del codice deontologico • lo studente aiuta i propri compagni a realizzare i loro potenziali



Fig. 1 - Scala d'uscita dei Musei Vaticani.

na la misurabilità dei comportamenti. In particolare, è in essere la costruzione di griglie di osservazione che migliorino la misurabilità dei comportamenti.

Il metodo di valutazione adottato è l'osservazione diretta in una situazione reale, ma può essere anche utilizzato in una situazione simulata (all'interno di un esame clinico oggettivo strutturato, ecc.).

Riteniamo che questi comportamenti non debbano essere infiniti: devono infatti anch'essi essere "core" per poter diventare un riferimento per studenti e guide di tirocinio.

Ci preme infine precisare che queste tematiche sono già state analizzate nell'ambito della formazione dei professionisti della salute del futuro, ma pensavamo che meritassero un rinforzo e una specificazione all'interno della professione fisioterapista, così come lo devono avere anche per tutte le altre.

Il percorso che abbiamo seguito partiva dal *core competence*, ha attraversato il *core curriculum* ed è poi approdato nel *core values*: è nell'insieme di questi tre elementi che pensiamo ci debbano essere una stretta integrazione ed una continua evoluzione.

Una metafora efficace che riassume il senso di questa proposta è la "Scala d'uscita" dei Musei

Vaticani (Fig. 1) che, essendo senza fine e con il suo andamento a spirale, esprime un processo di crescita in cui la dinamica si ripete all'infinito, passando ogni volta per questi tre livelli, ma ad un grado sempre crescente di qualità.

Questa espressione di continuo cambiamento sottende che, all'interno di una professione sanitaria, sono sì necessarie le competenze e le conoscenze, ma lo sono anche i valori e i comportamenti di tutti coloro che cercano di interpretarle al meglio delle proprie possibilità.

Bibliografia

- 1) A.I.Fi. (Associazione Italiana Fisioterapisti), *Linee Guida per la formazione del fisioterapista - Core competence*. Casa Editrice Masson, Milano, 2003
- 2) Albanese M, *Students are not customers: A better model for education*. Acad Med. 74(11):1172-1186, 1999
- 3) A.P.T.A. (American Physical Therapy Association), *A Normative Model of Physical Therapist Professional Education: Version*, 2000
- 4) A.P.T.A. (American Physical Therapy Association), Alexandria, VA, 2000
- 5) Arnold L, *Assessing professional behavior: Yesterday, today and tomorrow*. Acad Med. 77(6), 2002
- 6) Bertozzi L, Bielli S, Costi S, Pillastrini P, *Il Core Curriculum del Fisioterapista*. Scienza Riabilitativa, Vol. 7(1): 5-44, Gennaio 2005
- 7) Cary JR, Ness KK, *Erosion of professional behaviors in physical therapist students*. J Phys Ther Educ 15(3):20-24, 2001
- 8) Binetti P, Valente D, *Tradizione e innovazione nella formazione universitaria delle professioni sanitarie - Il core curriculum, dal core contents al core competence*. Società Editrice Universo, Roma, 2003
- 9) Cohen CB, Wheeler SE, Scott DA and the Anglican Working Group in Bioethics. *Walking a fine line: Physician inquiries into patient's religious and spiritual beliefs*. Hastings Center Report 31 5:29-39, 2001
- 10) Coles R. *The moral education of medical students*. Acad Med. 73(1):55-57, 1998
- 11) Colombo A, Gandini T et al, *Dalla prassi alla teoria per l'Infermiere*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2003
- 12) Covey SR. *The Seven Habits of Highly Effective People: Powerful Lessons in Personal Change*. Simon & Schuster Adult Publishing Group, New York, NY, August 1990
- 13) Covey SR, Merrill RA, Merrill RR, *First Things First: To Live, To Love, To Learn, To Leave a Legacy*. Simon & Schuster Trade Paperbacks, New York, NY, May 1995
- 14) Covey SR, Reynolds, *Principled-Centered Leadership: Strategies for Personal and Professional Effectiveness*. Simon & Schuster Adult Publishing 15) Group, New York, NY: September 1992

Il responsabile del procedimento

Maria Paola Landini¹, Paolo De Angelis² (Bologna)

Il procedimento amministrativo altro non è che un insieme di atti, interni ed esterni, tra loro autonomi ma volti tutti al fine comune della tutela degli interessi pubblici sottesi all'azione amministrativa.

Soltanto in epoca recente (1990) è stata emanata una normativa diretta a disciplinare il procedimento amministrativo che, fino ad allora, era regolato dalla prassi formatasi nel tempo. La legge 08.08.90 n. 241 è una legge di principi per cui non ha modificato in alcun modo la prassi vigente quanto alle varie fasi del procedimento.

Esse sono:

- dell'iniziativa, in cui sorge il procedimento su istanza di parte o di ufficio;
- istruttoria, in cui ha luogo la raccolta, qualificazione ed individuazione degli interessi ed in cui avviene l'acquisizione di eventuali pareri;
- decisoria, in cui viene effettuata una comparazione ponderata dei vari interessi acquisiti ai fini della scelta provvedimento definitiva;
- integrativa dell'efficacia, fase eventuale esperibile qualora si richieda l'intervento di ulteriori atti o la verifica di determinati fatti.

Il fatto che la legge 241/90 non abbia modificato la prassi precedente e che essa sia definibile come una legge di principi non vuole costituire una limitazione alla portata della stessa; anzi, la legge 241/90 costituisce una delle disposizioni più rilevanti ed innovative degli ultimi anni. Una legge che ha cambiato il modo di concepire l'azione pubblica, che ha avvicinato l'Amministrazione al cittadino, che ha reso possibili quelle indifferibili azioni volte a rendere più organico il mondo delle pubbliche amministrazioni. L'espressa volontà perseguita è stata quella di regolare la pubblica amministrazione in modo chiaro e trasparente; in modo tale, cioè, da rendere possibile al cittadino il controllo dell'attività amministrativa. Essa può essere configurata come un'utile premessa verso un'amministrazione meno ripiegata in sé e più volta verso l'esterno; attraverso essa si è passati dall'idea di un rispetto formale delle procedure ad un rapporto più intenso e collaborativo con il mondo circostante.

La legge 241/90 consta di sei capi, e il presente articolo sarà dedicato ad un breve approfondi-

mento relativo al II capo, ossia a quello che detta le norme sul responsabile del procedimento (cd. *leading authority*) ossia colui che funge da guida per l'interno e da recettore per l'esterno; colui che è l'unico responsabile dell'andamento del procedimento e dovrà risponderne nel caso in cui il procedimento non rispetti i principi evidenziati nel capo I della stessa Legge (il termine responsabilità deriva dalle parole latine *respondeo* (rispondere) e *habilitas* (attitudine) identificando, pertanto, una capacità di fornire risposte).

L'articolo 6 della legge 241/90 individua i compiti del responsabile del procedimento. Come desumibile dalla ampia manualistica esistente in materia, essi possono essere così schematicamente elencati:

- 1) valutazione preliminare delle condizioni di ammissibilità, dei requisiti di legittimazione e dei presupposti rilevanti per l'emanazione del provvedimento finale;
- 2) compimento di tutti gli atti istruttori necessari all'emanazione del provvedimento finale (accertamenti tecnici, ispezioni, richieste di documenti, di rettifiche o di dichiarazioni, studi giuridici, ecc.);
- 3) indizione delle conferenze di servizi previste dall'articolo 14 della legge 241/90 o, in mancanza dell'apposita competenza, proposta dell'indizione agli organi competenti;
- 4) cura delle comunicazioni, delle pubblicazioni e delle notificazioni previste dalle leggi e dai regolamenti in vigore;
- 5) adozione del provvedimento finale, ove ne sussista la competenza; in mancanza, trasmissione degli atti all'organo adottante.

Particolare rilievo assume l'aspetto connesso ai profili di responsabilità. Infatti, a prescindere dalla competenza che il responsabile del procedimento abbia in merito all'adozione dell'atto conclusivo dell'*iter* procedimentale da lui gestito, resta fermo che il verificarsi di omissioni o inadempimenti durante il procedimento implica una diretta responsabilità oltre che in via disciplinare e contabile anche in campo civile e, soprattutto penale, ai sensi degli articoli 323 e 328 c.p. E' opportuno evidenziare che, come è stato sottolineato da più commentatori, l'individuazione della figura del responsabile del procedimento ha comportato un "...meccanismo competitivo salutare, potenzialmente idoneo a scardinare il preesistente sistema collusivo, fondato sull'anonimato, sul

¹ Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia

² Coordinatore dei Servizi Amministrativi

Alma Mater Studiorum Università di Bologna

palleggiamento di responsabilità, sulla copertura reciproca” (P. Tabarro, *Profili penalistici della responsabilità del pubblico funzionario: il nuovo delitto di abuso di ufficio*, in: *Rivista Trimestrale di Scienza dell'Amministrazione*, 1999, 2).

La legge 11.02.05 n. 15, di modifica della Legge 241/90, non è intervenuta in modo significativo se non nella parte in cui il nuovo articolo 6, comma 1, lettera e), prevedendo che il responsabile dell'adozione del provvedimento finale debba motivare le ragioni per le quali si discosti dal contenuto dell'istruttoria, rafforza ulteriormente la figura del responsabile del procedimento. Si può segnalare, inoltre, il nuovo articolo 10 bis a tenore del quale nei procedimenti discrezionali ad istanza di parte, al termine dell'istruttoria e laddove l'esito sia nel senso di un mancato accoglimento delle ragioni dell'istante, prima dell'atto decisionale finale sia introdotto un'ulteriore fase procedimentale volta a rendere edotti gli istanti della ragioni che indurrebbero al non accoglimento della loro richiesta e ad ottenere eventuali osservazioni e/o documentazioni atte ad incidere sulla decisione. Su queste dovrà essere svolta un'ulteriore breve fase istruttoria le cui motivazioni specifiche, se negative, dovranno comparire nel provvedimento finale. Da questa innovativa fase procedurale sono esenti solo le procedure concorsuali e quelle in materia previdenziale ed assistenziale, per evidenti ragioni di celerità del procedimento.

Nel prossimo paragrafo sarà compiuta un'analisi dei vari tipi di responsabilità cui può incorrere il pubblico dipendente e, quindi, in particolare il responsabile del procedimento.


Essere responsabili di qualcosa significa essere chiamati a sopportare le conseguenze di un certo atto o fatto ed a risponderne. La responsabilità può essere civile, penale ed amministrativa.

La responsabilità per gli atti compiuti dai pubblici poteri può gravare direttamente sugli stessi ovvero su chi per essi realmente agisce.

Il concetto di responsabilità è stato introdotto per la prima volta nella Costituzione, il cui articolo 28 sanciva che i funzionari ed i dipendenti pubblici (all'epoca non esisteva la figura dirigenziale) sono direttamente responsabili secondo le leggi civili, penali ed amministrative per gli atti compiuti in violazione dei diritti e che al verificarsi di queste circostanze la responsabilità si estende anche agli Enti per i quali essi hanno agito. La prima interpretazione di questa disposizione fu tale da far ritenere il dipendente responsabile in solido con la pubblica amministrazione per qualsiasi atto ingiusto. Successivamente l'articolo 22 del DPR 3/57 (T.U. degli impiegati civili dello

Stato) ha ribadito questa previsione ma il successivo articolo 23 ne ha ridotto la portata precisando che dovesse intendersi come ingiusto solo l'atto commesso con dolo o colpa grave. Questa limitazione, ritenuta costituzionalmente legittima dalla Corte Costituzionale (n. 2/68) ha per anni agito da spartiacque nel determinare la responsabilità dei pubblici dipendenti. Su questo quadro si è inserita la L. 289 del 27.12.02 (finanziaria per il 2003) il cui articolo 24, in tema di nullità di contratti stipulati in forma di trattativa privata se di importo superiore a 50.000 €, prevede che il dipendente che ha sottoscritto il contratto rispon-





de, a titolo personale, delle obbligazioni eventualmente derivanti dal suo comportamento e, dunque, sia nei confronti dei privati (se in buona fede), sia nei confronti della stessa pubblica amministrazione; (questa disposizione è stata dapprima abrogata dalla legge 24.12.03 n. 350 - finanziaria per il 2004 - e poi successivamente riprodotta nella legge 191/04: attualmente, pertanto, il quadro normativo prevede la nullità del contratto stipulato in violazione delle disposizioni di quel testo normativo con connessa responsabilità personale del dirigente).

La responsabilità dei pubblici dipendenti, oltre

che legata ad aspetti civili, penali ed amministrativi abbraccia anche altri profili che devono essere esaminati.

Si parla di *responsabilità disciplinare* per intendere la responsabilità in cui incorra chi violi i doveri di ufficio. Questa tipologia di responsabilità, prevista dal tuttora vigente articolo 78 del T.U. sugli impiegati civili dello Stato, è stata ora collegata ai codici di comportamento dall'articolo 55 del D.Lgs. 165/01 e rinviata, quanto alla disciplina concreta di individuazione delle infrazioni e delle relative sanzioni, ai contratti collettivi (la devoluzione della competenza a disciplinare il procedimento disciplinare ai contratti collettivi di comparto fa sì che si avranno regimi diversi a seconda: del tipo di reato per il quale si è celebrato il processo; della tipologia di personale coinvolto, privatizzato o meno; del tipo di procedimento previsto dal contratto collettivo). La competenza spetta agli organi della pubblica amministrazione presso la quale il dipendente svolge la propria attività anche se, fino all'emanazione di specifiche discipline settoriali, può costituire indice di riferimento quanto previsto nella previgente normativa. Costituisce illecito disciplinare qualsiasi azione, dolosa o colposa, contraria ai doveri di servizio, imputabile all'impiegato. Elementi costitutivi dell'illecito disciplinare sono: la condotta contraria a disposizioni scritte o non scritte commessa volontariamente e coscientemente; sanzioni disciplinari sono: la censura, la riduzione dello stipendio, la sospensione dalla qualifica e la destituzione. E' sempre garantita all'impiegato la possibilità di difendersi anche mediante l'assistenza di legali o rappresentanti sindacali. La sanzione può essere impugnata dinanzi ad un collegio arbitrale. Particolare rilievo assume la possibile concorrenza tra responsabilità penale e disciplinare. Anche dopo l'entrata in vigore del nuovo codice di procedura penale vige il principio della prevalenza della funzione giurisdizionale penale; non è più prescritto l'obbligo di sospendere il procedimento disciplinare ma esso si individua implicitamente a causa della parziale vincolatività del giudizio penale nella procedura disciplinare. In particolare, producono efficacia di giudicato nel giudizio disciplinare soltanto le sentenze di assoluzione pronunciate a seguito di dibattimento quando il fatto non sussiste o l'imputato non lo ha commesso (articolo 653 c.p.p.); al contrario, si esclude efficacia vincolante alle sentenze di condanna, alle assoluzioni per cause diverse da quelle indicate nell'articolo 653 c.p.p., alle sentenze di improcedibilità (il procedimento disciplinare sospeso in pendenza del procedimento penale deve essere ripreso, a pena di perenzione, entro

180 gg. dalla data di passaggio in giudicato della sentenza definitiva ovvero entro 40 gg. dalla data in cui l'impiegato abbia notificato all'amministrazione la sentenza stessa e concluso entro 60 giorni. Relativamente all'esatto computo di questi termini si rinvia a quanto sarà detto nel proseguo del paragrafo). Particolarmente ampio risulta il dibattito concernente il rapporto tra procedimento disciplinare e processo penale (a questo riguardo occorre anche rammentare che secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 57 della Legge 350/03 (come modificata dalla legge 11.05.04 n. 126) l'Amministrazione che abbia sospeso un dipendente a seguito di un procedimento penale, è tenuta a riammetterlo in servizio in caso di assoluzione con formula piena (perché il fatto non sussiste, l'imputato non lo ha commesso, il fatto non costituisce reato ovvero non è previsto dalla legge come reato). Negli altri casi sussiste per l'Amministrazione la facoltà di procedere o meno al reinserimento).

In particolare ci si può soffermare su tre aspetti:

- Il primo si impernia sulla corretta interpretazione degli articoli 91, 92, 96 e 97 del T.U. sugli impiegati civili dello Stato (ancora vigente nella parte in discussione) e concerne la computabilità o meno, agli effetti pensionistici, del periodo di sospensione cautelare dal servizio conseguente a pendenza di procedimenti disciplinare nel caso in cui a seguito della sentenza di condanna non sia stato poi attivato un procedimento disciplinare. La questione, più frequente di quanto possa pensarsi, è stata risolta, sulla scorta di un'interpretazione costituzionalmente orientata delle norme in discussione, nel senso di ritenere computabile il periodo di sospensione posto che lo stesso non trova riscontro giustificativo data l'assenza di procedimento disciplinare successivo ed in considerazione della facoltatività di applicazione della misura cautelare rinvenibile nel caso specifico (Così, Cons. St., Ad. Plen., 28.02.02, n. 2.).

- Altra questione, coinvolgente sempre l'articolo 96 del T.U. sopra indicato e vertente sulla restituibilità o meno delle retribuzioni non percepite durante il periodo di sospensione cautelare (questa volta obbligatoria) cui hanno fatto seguito una condanna penale ed una irrogazione di sanzione a seguito di procedimento disciplinare, è stata risolta nel senso di ammettere la restituzione delle prestazioni per il periodo di sospensione cautelare superiore rispetto alla somma di quello applicato disciplinarmente e di quello scontato penalmente (in questo caso, la decisione offre anche una rilevante definizione circa la natura della sospensione cautelare e, in generale, del

procedimento disciplinare nei confronti delle decisioni del giudice penale; in essa si legge, infatti, che "la mancata previsione di un rilievo specifico delle sentenze penali di condanna determina la necessità della valutazione dei fatti secondo le regole proprie dell'ordinamento di settore e, quindi, la loro considerazione a fini disciplinari. E' in tale sede infatti che l'Amministrazione è chiamata a valutare i comportamenti del dipendente non per il rilievo penale che hanno assunto ma per le possibili conseguenze sul corretto ed efficiente espletamento delle funzioni del dipendente stesso che appare preordinato, nell'ordinamento di settore, al conseguimento ottimale degli obiettivi della funzione amministrativa": Cons. St., Ad. Plen., 02.05.02, n. 4).

- Infine, in relazione all'articolo 9 della legge 19/90, ci si è chiesti se il periodo per l'inizio del procedimento disciplinare conseguente alla condanna penale (di cui alla precedente nota) ed il periodo per il termine del procedimento siano cumulabili tra loro ovvero siano separati. Per questa seconda interpretazione propende la giurisprudenza più recente in considerazione della altrimenti incongruità del sistema (Cons. St., Ad. Plen., 14.01.04, n. 1).

Con il termine *responsabilità amministrativa* si intende quel tipo di responsabilità di cui il dipendente deve rispondere nel caso in cui abbia arrecato un danno per il quale la pubblica amministrazione abbia dovuto risarcire un privato. Affinché si configuri questa responsabilità è necessario che ricorrano taluni elementi interpretati ai sensi dell'articolo 28 della L. 2440/1923: rapporto di dipendenza, anche di fatto (C. Conti, Umbria, 06.03.01, n. 98), tra dipendente e pubblica amministrazione (non necessariamente quella che ha subito il danno), menomazione patrimoniale, elemento psicologico colposo, nesso di causalità. A questo riguardo, si può precisare che per il giudizio di responsabilità non è utilizzabile la categoria del *legittimo - illegittimo* propria dell'atto amministrativo (attinente al momento esterno del rapporto tra Amministrazione Autorità e privato) che risponda o meno ai requisiti previsti; occorre, invece, analizzare la categoria del *lecito - illecito* propria dei comportamenti umani (attinenti, cioè, al rapporto interno tra Amministrazione datore di lavoro e dipendente) che devono essere tali da non configurare violazioni di norme giuridiche o obblighi di servizio (C. Conti, Sez. Riunite, 13.02.02, n. 4). Quanto al procedimento, il Procuratore Generale presso la Corte dei Conti promuove l'azione di responsabilità mediante un atto di citazione; tale citazione

deve essere preceduta da un invito a depositare deduzioni e documenti a propria discolora (articolo 5 L. 19/94). L'udienza pubblica si svolge presso la sezione regionale competente della Corte dei Conti; terminata la discussione il Collegio decide in Camera di Consiglio. Avverso la sentenza delle sezioni regionali è ammesso l'appello alle sezioni centrali entro 60 gg. dalla notificazione della sentenza ovvero entro un anno dalla pubblicazione. L'appello può comportare, quando ricorrano gravi motivi, la sospensione dell'esecutività della sentenza delle sezioni regionali. L'art. 83 del T.U. sulla Corte dei Conti (legge 14.08.1862 n. 800) prevede il cd. potere riduttivo potendosi, cioè, proporzionare l'entità del risarcimento al grado di colpevolezza.

Particolare rilievo, in questo senso, è da rinvenire nel cd. *danno all'immagine della pubblica amministrazione*. Nella responsabilità amministrativa, infatti, è fatto rientrare anche il danno che la pubblica amministrazione subisce in ragione dei riflessi negativi che la diffusione delle notizie arreca al prestigio dell'Ente. In questo caso, il dipendente è tenuto al risarcimento nella misura della reale diminuzione patrimoniale cagionata all'Ente. Questa figura, elaborata dalla Corte dei Conti (secondo C. Conti, Sez. Riunite, 23.04.03, n. 10 il danno all'immagine rientra nel danno esistenziale e non in quello morale in quanto si differenzia da questo che è inteso come un "sentire" in quanto va interpretato come un "fare"), appartenendo non al *genus* del danno-conseguenza quanto a quello del danno-evento finisce per rappresentare per le pubbliche amministrazioni ciò che il danno biologico rappresenta per le persone fisiche. Questo danno si sostanzia fondamentalmente nella lesione al prestigio ed all'onore dell'ente dinanzi alla pubblica opinione, nonché nella compromissione del rapporto di trasparenza, fiducia e lealtà che lega i cittadini all'apparato pubblico; esso consiste in ogni forma di lesione ad utilità economicamente apprezzabile anche se non riferibile direttamente a beni aventi già in sé i connotati della patrimonialità; il danno, cioè, non deve riguardare necessariamente un bene materiale ma può avere ad oggetto anche beni inidonei a costituire oggetto di scambio e di quantificazione pecuniaria secondo le leggi del mercato (in questo senso, vedi, anche, C. Conti, III Appello, 20.02.04, n. 151, secondo cui il danno è riconoscibile "...indipendentemente dalla dimostrazione di una spesa per il ripristino dei beni giuridici compromessi...[avendo]...una sua valenza già sotto il profilo delle perdite derivanti dalla vanificazione dei costi sostenuti per assicurare quei beni, venuti meno col mancato conseguimento di

specifiche finalità pubbliche, conformi a criteri di razionalità, di efficienza e di imparzialità dell'azione amministrativa"). Inoltre, il danno all'immagine ha natura contrattuale, comprende ogni costo che la pubblica amministrazione è chiamata a sopportare, non deve essere necessariamente correlato ad un reato. Si ritiene che oltre che al danno effettivo eventualmente subito (danno emergente, per usare un termine civilistico) il danno all'immagine sia strettamente correlato anche al clamore ed alla diffusione che l'evento causativo ha avuto (sempre per usare un termine civilistico, il lucro cessante) e che, pertanto, la sua quantificazione debba essere affidata alla valutazione equitativa del giudice ai sensi dell'articolo 1226 del codice civile.

La *responsabilità contabile* si distingue da quella amministrativa in quanto il relativo giudizio è proponibile esclusivamente nei confronti di chi abbia maneggio di valori o cose della pubblica amministrazione (contabili di diritto) o che, comunque, pur privo di autorizzazione, si ingerisca in tale maneggio (contabili di fatto); l'agente contabile che abbia la disponibilità dei beni della pubblica amministrazione è, dunque, sottoposto ad un particolare controllo. Il contabile pubblico, cioè, risponde per il solo fatto della presenza di irregolarità nella gestione del denaro e dei valori pubblici a meno che non riesca a trovare le cause che hanno prodotte le irregolarità. Anche se, eccezionalmente, il giudizio di responsabilità contabile può essere instaurato anche nei confronti di chi non è tenuto alla resa del conto giudiziale (es. funzionari a favore dei quali siano disposte aperture di crediti), solitamente l'accertamento è posto in essere all'atto della presentazione del conto giudiziale cui i contabili (tranne ipotesi derogatorie) sono tenuti (articolo 45 T.U. Corte dei Conti).

Dunque, in tutte le ipotesi di responsabilità dinanzi individuate, particolare rilievo assume la figura del responsabile del procedimento; infatti, nel caso in cui un dipendente sia individuato come tale, viene immediatamente meno ogni dubbio circa l'attribuibilità della responsabilità alla sua persona.

La carta di Firenze

GianFranco Gensini¹, Alessandro Mugelli² (Firenze)

“La decisione terapeutica deve essere una scelta congiunta di medico e paziente: si sceglie insieme. Ma perché questo accada occorre che tra medico e paziente si instauri un rapporto autentico. E' una cosa che non può essere definita da un codice deontologico-comportamentale, da un'astratta “alleanza” ideale, da un contratto professionale-commerciale, ma si realizza soltanto in un rapporto umano concreto. Soltanto se il medico dice o fa capire al paziente “tu vali per me; il tuo bisogno è il mio bisogno”, potrà instaurarsi questo rapporto. Non è facile, ma occorre provarci”.

Per provarci un gruppo di lavoro interdisciplinare ha formulato una sorta di decalogo delle basi fondanti di una moderna relazione terapeutica. Il documento è stato chiamato “Carta di Firenze”, (dalla sede dei lavori) e nasce come prodotto finale di una iniziativa della Fondazione D.E.I.-Onlus, della Società Italiana di Farmacologia, che, in considerazione del ruolo centrale del farmaco nel rapporto medico-paziente/cittadino, aveva promosso una riunione europea di riflessione sul tema dell'*Informed Patient* (Firenze novembre 2003, in coincidenza con la Presidenza Italiana dell'Unione Europea).

E' nostra convinzione che la formazione alla comunicazione e all'informazione debba essere inserita nell'educazione di base e permanente dei professionisti della Sanità.

Il rapporto tra la conoscenza tecnico-scientifica, la capacità di comprenderla, interpretarla e di comunicarla al paziente costituisce un aspetto fondamentale della formazione del medico (o di altro operatore della salute, come il farmacista, l'infermiere, etc), essendo alla base della relazione positiva tra medico (e gli altri operatori) e paziente. Mentre però e' ritenuta una buona scuola medica (o facoltà, o corso di laurea od altro percorso formativo) quella che fornisce tutti gli strumenti culturali e tecnici per effettuare una corretta diagnosi e terapia, tradizionalmente non si richiede un percorso formativo

altrettanto accurato ed intenso per lo sviluppo di quegli aspetti che portano ad un corretto ed adeguato sviluppo delle capacità di interpretazione e di comunicazione. Il nostro obiettivo dovrebbe essere quello di far acquisire allo studente uno stile professionale in cui le azioni riflettano una competenza reale ed un sapersi porre su un piano relazionale che permetta di stabilire con il paziente un rapporto in cui bisogni ed aspettative trovino una adeguata risposta.

La Carta di Firenze indica quanto sia necessaria ed urgente un'attenzione specifica, concretizzata in appropriati e ben identificati momenti di formazione e finalizzata all'educazione del giovane operatore sanitario ad affrontare in maniera esauriente, consapevole e concordata il processo diagnostico-terapeutico con i pazienti, in particolare quelli più svantaggiati. In questo senso la presentazione della Carta di Firenze su questi Quaderni è un invito alle Facoltà di Medicina e ai suoi vari Corsi di Laurea ed in particolare a quello di Medicina e Chirurgia ad attuare programmi specifici che affrontino gli aspetti etici, culturali e tecnici della comunicazione/informazione del paziente ponendo il messaggio derivante da questo percorso formativo al vertice della scala dei valori deontologici dell'educazione professionale. Verifiche approfondite dei progressi raggiunti e continue esercitazioni pratiche dovrebbero essere parte integrante di questo percorso formativo. Sembra anche necessaria la individuazione/creazione di formatori adeguati, in grado di affrontare rapidamente e con competenza questi programmi. I passi positivi effettuati in questa direzione, ad esempio con l'introduzione del nuovo esame di stato per i laureati in Medicina in cui molta attenzione è posta alla valutazione delle capacità di comunicazione, devono costituire un motivo di ulteriore sviluppo dei programmi formativi tesi alla comunicazione/informazione che, iniziati durante l'educazione universitaria, possano proseguire nella formazione post-universitaria e nella educazione medica continua.

1 Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia

2 Presidente del Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Firenze

Carta di Firenze

Novembre 2004

1. La relazione fra l'operatore sanitario e il paziente deve essere tale da garantire l'autonomia delle scelte della persona.
2. Il rapporto è paritetico, non deve, perciò, essere influenzato dalla disparità di conoscenze (comanda chi detiene il sapere medico, obbedisce chi ne è sprovvisto), ma improntato alla condivisione delle responsabilità e alla libera critica.
3. L'alleanza diagnostico/terapeutica si fonda sul riconoscimento delle rispettive competenze e si basa sulla lealtà reciproca, su un'informazione onesta e sul rispetto dei valori della persona.
4. La corretta informazione contribuisce a garantire la relazione, ad assicurarne la continuità ed è elemento indispensabile per l'autonomia delle scelte del paziente.
5. Il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura.
6. Una corretta informazione esige un linguaggio chiaro e condiviso. Deve, inoltre, essere accessibile, comprensibile, attendibile, accurata, completa, basata sulle prove di efficacia, credibile ed utile (orientata alla decisione). Non deve essere discriminata in base all'età, al sesso, al gruppo etnico, alla religione, nel rispetto delle preferenze del paziente.
7. La chiara comprensione dei benefici e dei rischi (effetti negativi) è essenziale per le scelte del paziente, sia per la prescrizione di farmaci o di altre terapie nella pratica clinica, sia per il suo ingresso in una sperimentazione.
8. La dichiarazione su eventuali conflitti di interesse commerciali o organizzativi deve far parte dell'informazione.
9. L'informazione sulle alternative terapeutiche, sulla disuguaglianza dell'offerta dei servizi e sulle migliori opportunità diagnostiche e terapeutiche è fondamentale e favorisce, nei limiti del possibile, l'esercizio della libera scelta del paziente.
10. Il medico con umanità comunica la diagnosi e la prognosi in maniera completa, nel rispetto della volontà, dei valori e delle preferenze del paziente.
11. Ogni scelta diagnostica o terapeutica deve essere basata sul consenso consapevole. Solo per la persona incapace la scelta viene espressa anche da chi se ne prende cura.
12. Il medico si impegna a rispettare la libera scelta dell'individuo anche quando questa sia in contrasto con la propria e anche quando ne derivi un obiettivo pregiudizio per la salute, o, perfino, per la vita del paziente. La continuità della relazione viene garantita anche in questa circostanza.
13. Le direttive anticipate che l'individuo esprime sui trattamenti ai quali potrebbe essere sottoposto qualora non fosse più capace di scelte consapevoli, sono vincolanti per il medico.
14. La comunicazione multi-disciplinare tra tutti i professionisti della Sanità è efficace quando fornisce un'informazione coerente ed univoca. I dati clinici e l'informazione relativa alla diagnosi, alla prognosi e alla fase della malattia del paziente devono circolare tra i curanti. Gli stessi criteri si applicano alla sperimentazione clinica.
15. La formazione alla comunicazione e all'informazione deve essere inserita nell'educazione di base e permanente dei professionisti della Sanità.

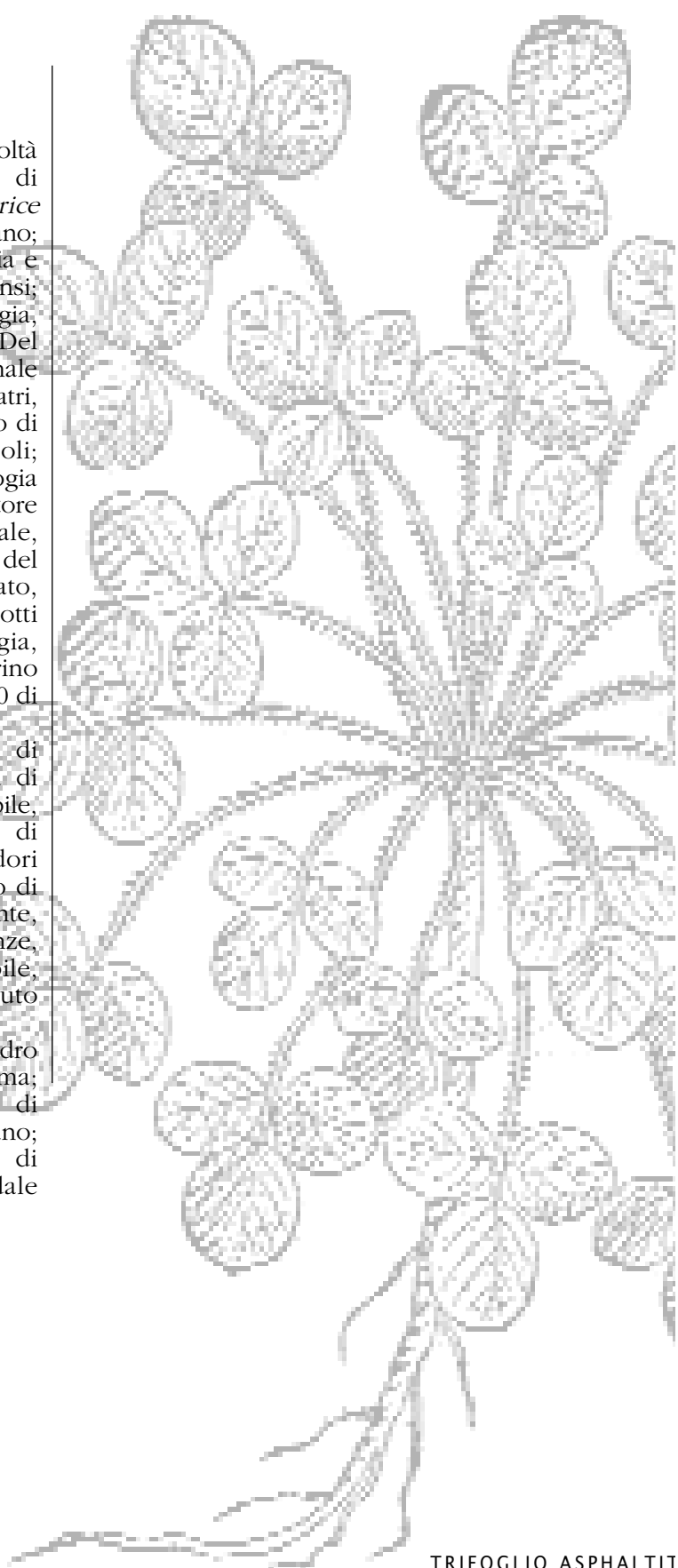
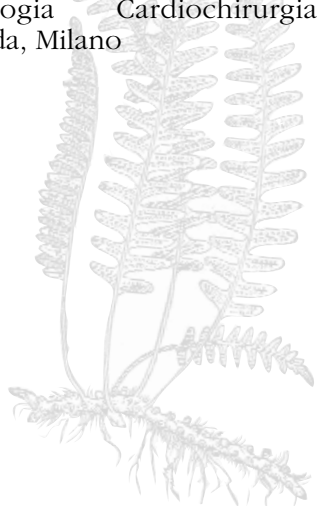
Fondazione Italiana per l'Educazione e lo Studio dei Farmaci, D.E.I.-Onlus
Drug Evaluation and Investigation Foundation

Viale Pieraccini, 6 - 50139, Firenze

Gli Estensori della Carta di Firenze

Gianfranco Gensini, *Presidente* Preside, Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze, Firenze, Franca Porciani *Coordinatrice* Giornalista Scientifico, Corriere della Sera, Milano; Carlo Buffi Responsabile, Unità di Ginecologia e Ostetricia, Ospedale di Poggibonsi, Poggibonsi; Renato Corradetti Professore di Farmacologia, Università di Firenze, Firenze; Giuseppe Del Barone Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, Roma; Fabio Firenzuoli Responsabile, Centro di Fitoterapia, Ospedale di Empoli, Empoli; Pierangelo Geppetti Professore di Farmacologia Clinica, Università di Firenze, Firenze; Ettore Saffi-Giustini Medico di Medicina Generale, Montale, Pistoia; Stefano Inglese Segretario del Tribunale dei Diritti del Malato, Cittadinanzattiva, Roma; Giulio Masotti Professore di Geriatria e Gerontologia, Università di Firenze, Firenze; Piero Morino Responsabile, Unità di Cure Continue, ASL 10 di Firenze, Firenze

Alessandro Mugelli Presidente del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Università di Firenze, Firenze; Patrizia Olmi Responsabile, Radioterapia Oncologica, Istituto Tumori di Milano, Milano; Mariella Orsi Salvadori Vicepresidente, Comitato Regionale Toscano di Bioetica, Firenze; Antonio Panti Presidente, Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Firenze, Firenze; Armando Santoro Responsabile, Servizio di Oncologia Medica, Istituto Humanitas, Milano; Amedeo Santosuosso Giudice, Tribunale di Milano, Milano; Sandro Spinsanti Direttore, Istituto Giano, Roma; Marcello Tamburini Responsabile, Unità di Psicologia, Istituto Tumori di Milano, Milano; Ettore Vitali Responsabile, Dipartimento di Cardiologia Cardiochirurgia, Ospedale Niguarda, Milano



TRIFOGLIO ASPHALTIT