



## 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, Amministrazione e stampa, Errebi Grafiche Ripesi Falconara  
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

Segretaria di Redazione, Daniela Pianosi

Direttore Responsabile, Giovanni Danieli

### Sommario

- 1095 Presentazione Luigi Frati e Giovanni Danieli
- 1096 Le competenze dei Consigli di Corso di Laurea Massimo Malcovati
- 1099 Scegliere i medici del futuro: è possibile migliorare il metodo di selezione?  
Giuseppe Familiari et Al.
- 1103 La revisione del core curriculum Luciano Vettore, Antonio Gaddi, Aldo Tomasi
- 1106 Attività Didattica Elettiva Guglielmo Borgia, Alfred Tenore, Giuseppe Familiari, Pietro Gallo, Giovanni Delrio, Evangelista Sagnelli
- 1109 Le Scienze Umane, come nuova frontiera della formazione in medicina Paola Binetti, Oreste Terranova
- 1114 L'insegnamento della Medicina Generale nella formazione universitaria del medico-chirurgo in Italia Eugenio Gaudio
- 1115 Riflessioni sulle medicine alternative e complementari ed il corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia Alessandro Lechi, Italo Vantini
- 1117 Sanità Pubblica e Management nelle Facoltà mediche italiane Giuseppe Nardi
- 1119 E-learning in medicina, applicabilità e sperimentazione Andrea Lenzi, Fabio Capani, Sabrina Luccarini, Giovanni Danieli
- 1122 Autovalutazione e accreditamento Massimo Casacchia
- 1125 On site visit di valutazione fra pari Andrea Lenzi, Sabrina Luccarini, Giovanni Danieli e i Presidenti della Conferenza Permanente dei CLM in Medicina e Chirurgia
- 1128 Valutazione dell'apprendimento Pietro Gallo e il Gruppo VEDI
- 1131 Il Progress Test come modello di sperimentazione Paola Binetti
- 1135 Il nuovo Esame di Stato, considerazioni e proposte Conferenza Congiunta Presidi-Presidenti
- 1136 Il nuovo Esame di Stato: l'inizio di una fine o la fine di un nuovo inizio? Alfred Tenore, Luciano Vettore, Paola Binetti
- 1140 Osservatorio permanente Amos Casti

29/2005

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

*Presidente Onorario*, Luigi Frati

UFFICIO DI PRESIDENZA  
Giovanni Danieli, *Presidente*  
Claudio Marcello Calderera, Luigi Frati, Guido Coggi,  
Luciano Vettore, *Past Presidents*  
Alfred Tenore, *Vice Presidente*  
Amos Casti, *Segretario*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA  
Prof. Amos Casti  
Dipartimento di Medicina Sperimentale  
Plesso Biotechologico Integrato  
Via Volturno, 39 - 43100 Parma  
Tel 0521/903808-903801, Fax 0521/903802, E-mail: casti@unipr.it

SEGRETERIA DEL PRESIDENTE  
Sig.ra Daniela Pianosi  
Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche  
Polo Didattico Scientifico  
Via Tronto 10 - 60020 Torrette di Ancona  
Tel. 071/2206101, Fax 071/2206103,  
E-mail: g.danieli@univpm.it

SITO WEB  
www.med.unian.it/ConferenzaPermanente/  
e-mail del sito: m.l.fiorini@unian.it

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

Alcuni pregevoli esemplari 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 *Pedani 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

I venti anni che ci precedono sono stati, come tutti sanno, caratterizzati da una volontà continua di rinnovamento degli Ordinamenti didattici, ampiamente giustificata dall'esigenza di produrre una nuova figura di Medico rispondente ai cambiamenti intervenuti nella società ed alla richiesta di maggior senso etico nella professione, nonché dalla necessità di adeguarsi ai modelli formativi condivisi da tutta la Comunità europea.

Le innovazioni sono state tante, ma piace qui segnalare per renderci consapevoli di quanto in questi anni è cambiato, il tempo pieno dello studente, l'istituzione dei crediti, la perdita della titolarità con l'integrazione degli insegnamenti in corsi multidisciplinari, la definizione del *core curriculum* e dell'attività didattica elettiva, il riordino dell'attività formativa professionalizzante, la modifica del calendario didattico con l'attivazione dei semestri, le discipline nuove emergenti, l'introduzione delle Scienze Umane, l'insegnamento della lingua Inglese, il nuovo Esame di Stato, il diffondersi della cultura della valutazione.

Questa Conferenza è nata nel 1985, giusto in tempo per ritrovarsi tra le mani la nuova Tabella XVIII e il nuovo Ordinamento, apparsi sulla Gazzetta Ufficiale rispettivamente nel febbraio e nell'ottobre del 1986; ha avuto quindi l'opportunità di coordinare il cambiamento e lo ha fatto identificando i problemi, uno dopo l'altro, analizzandoli e proponendo idonee soluzioni.

Si è articolata in gruppi di lavoro, riuniti in aree tematiche più ampie con Coordinatori di gruppo e Coordinatori di area, tutti con obiettivi e calendario predeterminati.

Si è data la Conferenza due strumenti di diffusione, il sito web e questa rivista, giunta al suo quindicesimo anno di regolare pubblicazione; nata come rivista dei Presidenti, ora divenuta organo della Conferenza dei Presidi, delle Conferenze dei Corsi di Laurea Magistrale e dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie e diffusa in diecimila copie, ha rappresentato, rappresenta ed auspichiamo continuerà a rappresentare un ottimo mezzo di informazione e di comunicazione.

Ci sono state tante tappe significative nella produzione della Conferenza. Vanno citati tra gli altri: il Regolamento che è stato ripreso ed applicato in tanti Corsi di Laurea, la definizione delle competenze dei Corsi di Laurea, il Core Curriculum di cui nel supplemento di questo fascicolo appare la nuova edizione, che pone il nostro Paese al livello delle più celebrate Università europee, il grande sviluppo dato all'attività didattica elettiva ed alle Scienze Umane il cui insegnamento segue lo studente in tutti gli anni di corso; le soluzioni proposte per gli insegnamenti di Medicina Generale, Sanità e Management, della Medicina Basata sulle Evidenze, della lingua Inglese, nonché, in altro ambito, delle Medicine alternative; le prime sperimentazioni di *e-learning* nella Facoltà di Medicina, la simulazione della prova scritta dell'esame di stato sei mesi prima della sua realizzazione; l'Osservatorio Permanente che ha monitorato per tanti anni l'attività formativa delle Facoltà, interessato ora da lavori in corso al fine di essere trasformato in un vero archivio di tutte le esperienze formative in Medicina; le numerose inchieste, i censimenti ed i questionari, tra i quali piace ricordare le indagini sull'accesso alla Facoltà. Significativi sono stati i contributi portati alla progettazione ed alla realizzazione dell'esame di stato, nonché alla valutazione dell'attività formativa che ha condotto tra l'altro alla produzione di un Manuale-questionario di autovalutazione e ad un programma di "visite" da parte di apposite Commissioni in tutti i Corsi di Laurea del nostro Paese, commissioni armate di un Questionario idoneo ad evidenziare criticità ma anche innovazioni positive.

Vorremmo ricordare tutti i Presidenti che si sono succeduti, perché tutti hanno espresso il loro ruolo con grande competenza ma ritorneremo su di loro nella relazione sui vent'anni della Conferenza che pubblicheremo nel prossimo numero; non possiamo ora non ricordare, e questa volta con commozione, gli Amici che non sono più tra noi, l'ultimo scomparso Sergio Curtone, vulcanico protagonista della Conferenza per tanti anni, ma prima di lui altri personaggi mitici come Ludovico Scuro, Antonio De Benedictis, Corradino Fruschelli, tutti Colleghi che hanno lasciato un segno indelebile nella Conferenza e nei nostri ricordi.

A tutti i Lettori l'augurio che possano trovare in queste pagine una guida efficace per la loro quotidiana opera formativa.



## Le competenze dei Consigli di Corso di Laurea

Massimo Malcovati (Milano)

I Consigli di Corso di Laurea sono organismi relativamente estranei alla tradizione accademica italiana: sono stati istituiti infatti nel 1980 dal DPR 382<sup>1</sup>, con il compito di coordinare le attività di insegnamento e di studio per il conseguimento della laurea, di esaminare e approvare i piani di studio, di formulare alla Facoltà proposte e pareri in ordine alle modifiche statutarie attinenti ai corsi di laurea e all'attivazione di insegnamenti, di proporre l'impiego dei mezzi, delle attrezzature e del personale non docente dei Dipartimenti al fine di organizzare nel modo più efficace l'insegnamento e il suo coordinamento con la ricerca, di adottare nuove modalità didattiche.

Nell'ottica della 382, il Consiglio di Corso di Laurea è prevalentemente un organo tecnico-consultivo della Facoltà, privo di una sostanziale autonomia deliberante. Questo ruolo subalterno è stato accentuato dagli uffici amministrativi delle Università, che, sulla base di prassi rigidamente consolidate, hanno sistematicamente considerato come esecutive esclusivamente le delibere adottate dal Consiglio di Facoltà. Le cose non sono cambiate con la legge 341 del 1992<sup>2</sup>, che pure ha ridefinito i compiti dei Consigli delle strutture didattiche ed introdotto i Regolamenti didattici di ateneo e di Corso di Laurea.

Così, esaurito rapidamente il primo iniziale interesse per la novità, il sistema universitario, andato a regime, ha portato, in gran parte delle Università, ad una situazione di estremamente basso profilo.

Il fatto che i problemi, affrontati e discussi in Consiglio di Corso di Laurea, dovessero comunque essere ripresi in Consiglio di Facoltà per l'adozione delle delibere formali, talora con una inutile e frustrante ripetizione delle discussioni, ha portato anzitutto ad una scarsa motivazione alla partecipazione alle sedute del Consiglio di Corso di Laurea ("...tanto non si prendono decisioni definitive, se ne riparla comunque in Facoltà..."), non solo generando grosse difficoltà nel raggiungimento del numero legale, ma rendendo talora difficile affrontare in modo conclusivo ed efficace i problemi a causa dell'assenza degli interessati: di fatto quindi la dipendenza del Consiglio di Corso di Laurea dalla Facoltà è stata ulteriormente accentuata.

Inoltre il fatto che in Consiglio di Facoltà le scelte e le delibere inerenti la didattica vengano spesso sbrigativamente votate tende ad accentuare l'atteggiamento di scarsa attenzione alla didattica di

molti docenti.

L'introduzione dell'autonomia didattico-organizzativa dei singoli Atenei, sancita dalla legge n. 168 del 1993<sup>3</sup>, ripresa ed ampliata dal Decreto ministeriale n. 509<sup>4</sup>, e mantenuta con le sue successive modifiche, ha introdotto elementi di potenziale dinamismo nell'ordinamento universitario, rendendo teoricamente possibili modificare anche profondamente i rapporti funzionali e gerarchici tra le diverse strutture organizzative, in quanto la loro definizione è lasciata alle indicazioni degli statuti autonomamente elaborati da ciascuna università. Questa possibilità è stata largamente colta nelle diverse sedi, anche a proposito dei rapporti tra Facoltà e Consigli di Corso di Laurea e delle rispettive competenze. Parecchi statuti prevedono infatti che i regolamenti di Facoltà possano delegare ai Consigli di Corso di Laurea specifici compiti, in teoria spettanti al Consiglio di Facoltà (ad esempio lo Statuto di Milano: "I Consigli di coordinamento didattico possono assumere funzioni deliberative su delega della Facoltà, secondo quanto stabilito dal Regolamento di Facoltà"<sup>5</sup>).

Si sono aperte quindi concrete possibilità di modificare la situazione assegnando con chiarezza ruoli e compiti diversi al Consiglio di Facoltà e al Consiglio di Corso di Laurea. Il problema è stato risolto o viene affrontato nelle diverse sedi giungendo spesso a proposte molto simili (si vedano, ad esempio, le conclusioni cui è giunto il Gruppo di studio del Consiglio di Corso di Laurea di Padova<sup>6</sup> ed il Regolamento della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Milano<sup>7</sup>).

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

In questa prospettiva, il Consiglio di Facoltà dovrebbe rappresentare il luogo di elaborazione strategica generale, di integrazione e coordinamento tra i diversi Corsi di Laurea che alla Facoltà fanno capo, di gestione dei posti di ruolo e delle risorse umane, strutturali e finanziarie, assicurando l'equilibrata distribuzione tra i diversi Corsi di Laurea, di definizione dell'ordinamento dei Corsi di Laurea, di valutazione dell'efficienza dei Corsi di Laurea e di adozione dei conseguenti provve-

dimenti.

Per contro, il Consiglio di Corso di Laurea diverrebbe il luogo privilegiato dell'elaborazione, programmazione e sperimentazione pedagogica e culturale, dell'organizzazione e della gestione della didattica in tutti i suoi aspetti, di autovalutazione dell'efficienza e dell'efficacia della didattica (non solo attraverso i giudizi degli studenti), dell'elaborazione di proposte alla Facoltà per l'utilizzazione di ruoli, di strutture e di risorse finanziarie.

In questo quadro, quindi, si potrebbero individuare come competenze "esclusive" dei Consigli di Corso di Laurea (delegate dalla Facoltà):

- la definizione del curriculum (e quindi l'identificazione degli insegnamenti) e delle modalità didattiche finalizzate al raggiungimento degli obiettivi formativi di ciascun insegnamento,
- l'assegnazione dei crediti relativi a ciascuna attività formativa,
- l'adozione del calendario,
- la nomina dei coordinatori dei corsi con più di un docente,
- la nomina dei presidenti e dei componenti delle commissioni d'esame,
- la valutazione e l'approvazione delle proposte di attività elettive avanzate sia da docenti che da studenti,
- l'elaborazione del manifesto degli studi per la parte relativa al Corso di Laurea,
- la progettazione, l'attuazione e la valutazione di nuove modalità didattiche,
- l'adozione delle delibere relative al riconoscimento di crediti acquisiti in altri corsi di Laurea, ad abbreviazioni di corso per studenti già laureati,
- l'organizzazione del servizio di tutorato e la nomina dei tutori,
- la partecipazione alla gestione delle aule,
- l'adozione di tutti gli strumenti ritenuti necessari ai fini dell'autovalutazione dell'attività didattica e l'analisi dei risultati della valutazione ai fini del miglioramento della didattica stessa.

Le aree invece nelle quali il Consiglio di Corso di Laurea dovrebbe avere il compito di avanzare precise proposte al Consiglio di Facoltà sono tutte quelle che investono problemi che richiedono una integrazione tra esigenze di diversi Corsi di Laurea per raggiungere una visione globale dei problemi da affrontare. Questo ruolo propositivo dovrebbe quindi, in prima battuta, riguardare:

- l'assegnazione dei compiti didattici a professori e ricercatori (i vari Consigli di Corso di Laurea propongono, il Consiglio di Facoltà, tenuto conto dell'insieme delle proposte, ne delibera l'assegnazione, assicurando un'equa distribuzione del carico didattico tra i docenti),

- la richiesta di affidamenti e/o supplenze e/o di contratti di insegnamento,
- l'individuazione dei settori scientifico-disciplinari che necessitano di concorsi o trasferimenti,
- l'individuazione delle strutture necessarie all'attuazione del progetto didattico del Corso di Laurea,
- l'elaborazione di progetti per i quali richiedere finanziamenti sui fondi per il potenziamento della didattica (là dove disponibili) e la formulazione delle relative graduatorie di priorità per quanto concerne il Corso di Laurea,
- l'elaborazione di proposte relative all'organizzazione della formazione pedagogica dei docenti.

Una prospettiva di questo tipo dà al Consiglio di Corso di Laurea una forte possibilità di incidere sull'insegnamento erogato e di conseguenza sulla qualità dei laureati.

D'altra parte, nel caso delle Facoltà di Medicina, accanto a Corsi di Laurea con una secolare tradizione accademica (come quello in Medicina e Chirurgia), accanto ad altri di nuova istituzione, ma derivati da strutture didattiche nelle quali sia gli aspetti pedagogici sia quelli scientifici erano spesso stati oggetto di una intensa elaborazione (come quello in Infermieristica), vi sono Corsi di Laurea nei quali il corpo docente è in larga parte costituito da personale privo di esperienza accademica. La composizione dei Consigli ai quali questa forte possibilità di incidere sull'insegnamento, nel bene e nel male, viene data è quindi molto eterogenea. Da questo punto di vista risulta particolarmente importante il ruolo di valutazione e di sorveglianza attribuito alla Facoltà, che deve avere in mano gli strumenti per intervenire rapidamente ed efficacemente in caso di necessità. In quest'ottica, lo strumento migliore sembra essere quello di poter incidere annualmente sulla composizione dei Consigli di Corso di Laurea attraverso l'assegnazione dei compiti didattici ai docenti. Questa prerogativa deve rimanere nella mani del Consiglio di Facoltà, non solo per garantire un'equa distribuzione dei carichi didattici, ma anche, appunto, per disporre dello strumento chiave per correggere eventuali deficienze che emergessero dal monitoraggio dell'attività dei Consigli di Corso di Laurea.

#### Bibliografia

- 1) DPR 11 luglio 1980, n. 382 "Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica", Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 209 del 31 luglio 1980
- 2) Legge 19 novembre 1990, n. 341 "Riforma degli ordinamenti universitari", pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 274 del 23 novembre 1990.

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

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

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

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

7) Articolo 15 "Compiti e funzioni del Consiglio di Facoltà delegate ai Consigli di Coordinamento Didattico":

1. Ai sensi dell'art. 26, punto 3, ultimo periodo, dello Statuto, dell'art. 11, punto 3, del Regolamento generale d'Ateneo e dell'art. 1, punto 3, 2° comma, del Regolamento didattico di Ateneo, possono essere delegate ai Ccd di cui al successivo art. 24 le funzioni deliberative di cui ai sotto elencati punti del 2° comma del precedente articolo 14.

Lettera A Punti - 10 - 11 - 14 - 15 - 17

Lettera B Punti - 5 - 6 - 7

I Ccd assolvono altresì a tutti gli ulteriori compiti e funzioni ad essi espressamente conferiti nel presente Regolamento.

2. Oltre alle materie già individuate al 1° comma e nei successivi articoli del presente Regolamento, possono, inoltre, essere delegate ai Ccd anche ulteriori funzioni deliberative, proprie del Consiglio di Facoltà, che quest'ultimo, di volta in volta, vorrà attribuire mediante deliberazione assunta a maggioranza assoluta dei componenti il Consiglio di Facoltà.

3. In ottemperanza a quanto disposto dalla normativa di Ateneo, i responsabili delle funzioni delegate ai Ccd sono, di norma, i Presidenti degli stessi Ccd.

4. In caso di delega ai Ccd delle funzioni deliberative riguardanti la programmazione dell'attività didattica e, quindi, la individuazione degli insegnamenti da attivare e le relative modalità di copertura (mutazioni di insegnamenti; compiti didattici istituzionali; affidamenti; contratti di insegnamento), la Facoltà, tenuto conto di quanto disposto all'articolo 3, punto 1 del Regolamento didattico di Ateneo, assicura il coordinamento generale delle attività didattiche e il miglior uso delle competenze disponibili, anche mediante l'operato del Collegio dei Presidenti dei Ccd, di cui al successivo art. 30, e dei Coordinatori generali delle lauree e delle lauree magistrali delle professioni sanitarie, di cui al successivo art. 34.

5. Anche in presenza di una valida delega, ove il Ccd risultasse inadempiente rispetto ai compiti ad esso delegati, è sempre fatta salva la possibilità per il Consiglio di Facoltà, sentito il Presidente del Ccd interessato, di avocare a sé la materia in precedenza delegata e intervenire direttamente su di essa.

I compiti citati nell'Art. 16 sono:

Lettera A:

10) approva gli orari dei singoli corsi predisposti dai vari Ccd;

11) delibera in ordine ad ogni pratica relativa agli studenti;

14) organizza i servizi di orientamento e di tutorato, ne verifica il funzionamento e predisponde, a cura del Preside o di altro docente da questi designato, una relazione per la valutazione complessiva della relativa attività svolta;

15) approva entro il 31 maggio di ogni anno, ai sensi dell'articolo 4 del Regolamento didattico di Ateneo, il Manifesto informativo degli Studi predisposto, ognuno per la parte di propria competenza, dai Ccd;

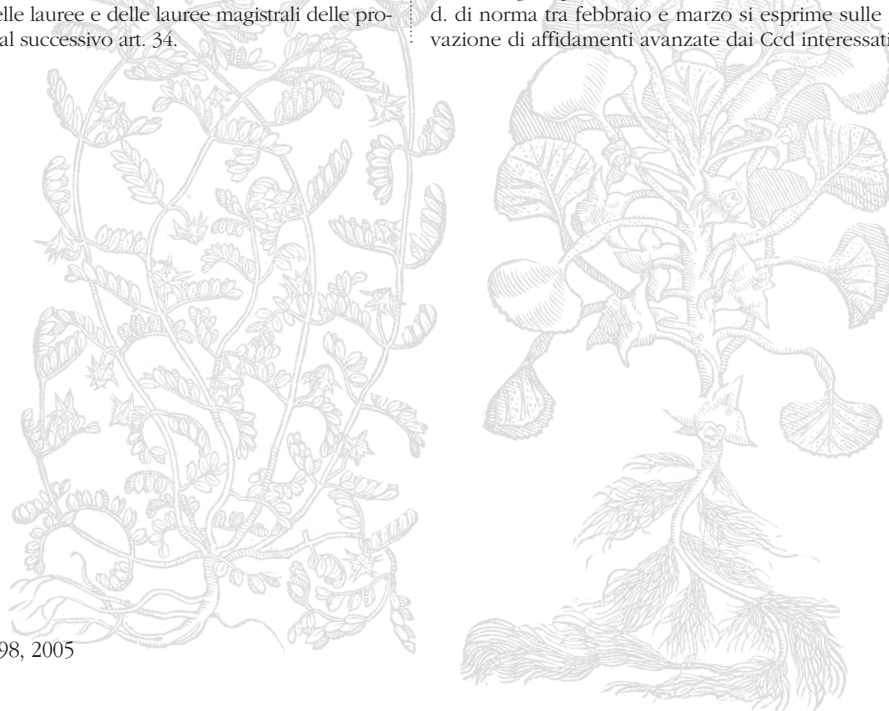
17) entro il 31 maggio di ogni anno, delibera, nel rispetto dell'articolo 3 del Regolamento didattico di Ateneo e sulla base delle indicazioni dei Ccd interessati, la "programmazione delle attività didattiche" per il successivo anno accademico, definendo gli insegnamenti da attivare e le modalità delle relative coperture secondo il seguente calendario:

a. di norma non oltre gennaio, una volta individuati gli insegnamenti ufficiali da attivare per il successivo anno accademico, delibera in merito alla mutuabilità di insegnamenti o parti di insegnamento comuni a più corsi di laurea o di laurea magistrale della Facoltà o di altra Facoltà;

b. di norma non oltre gennaio, previo parere dei Dipartimenti e degli Istituti di afferenza da allegare a cura dell'interessato alla richiesta, delibera sulle domande dirette ad usufruire di periodi di esclusiva attività di ricerca avanzate dai professori e sulle richieste di congedo per ragioni di studio o di ricerca avanzate dai ricercatori. Di tali deliberazioni la Facoltà dovrà tener conto al fine di una corretta programmazione della didattica. Il termine fissato al presente punto non trova applicazione per le richieste che non comportano conseguenze sull'organizzazione didattica (art. 43, punto 10, del Regolamento generale d'Ateneo);

c. di norma non oltre gennaio, determina, secondo criteri di funzionalità, competenza ed equilibrata suddivisione dei carichi, nel rispetto della libertà di insegnamento e sentito l'interessato, gli impegni didattici dei professori e dei ricercatori, tenuto conto delle autorizzazioni ad usufruire di periodi di esclusiva attività di ricerca e dei congedi per motivi di studio o ricerca;

d. di norma tra febbraio e marzo si esprime sulle proposte di attivazione di affidamenti avanzate dai Ccd interessati, deliberando la



# Scegliere i medici del futuro: è possibile migliorare il metodo di selezione?

Giuseppe Familiari (Roma La Sapienza)<sup>1</sup>, Gian Battista Azzena (Roma Cattolica)<sup>1</sup>, Paola Binetti (Roma Campus Biomedico)<sup>1</sup>, Massimo Casacchia (L'Aquila)<sup>1</sup>, Enrico DeAntoni (Roma La Sapienza)<sup>1</sup>, Pietro Gallo (Roma La Sapienza)<sup>1</sup>, Eugenio Gaudio (Roma La Sapienza)<sup>1</sup>, Andrea Lenzi (Roma La Sapienza)<sup>1</sup>, Marella Maroder (Roma La Sapienza)<sup>1</sup>, Guglielmo Borgia (Napoli Università Federico II)<sup>1</sup>, Giovanni Del Rio (Napoli II Ateneo)<sup>1</sup>, Evangelista Sagnelli (Napoli - Caserta)<sup>1</sup>, Giovanni Danieli (Ancona)<sup>2</sup> e Luigi Frati (Roma La Sapienza)<sup>3</sup>

## Introduzione

Nella nostra Società in rapida trasformazione, stanno cambiando la figura e la domanda del paziente e anche l'idea di salute, di benessere e di vitalità. Contemporaneamente, nei nostri Corsi di Laurea è in atto un processo di ripensamento dell'intero corpo concettuale della medicina in una prospettiva aggiornata di scientificità, metodo e approccio conoscitivo e apertura alle nuove istanze sociali. Gli sviluppi recenti nell'educazione medica richiedono quindi la selezione di studenti che abbiano la capacità di potersi adattare a queste nuove prospettive, e che possiedano una buona attitudine al contatto umano e al lavoro di gruppo, insieme ad una buona abilità ad analizzare e risolvere problemi, e ad acquisire autonomamente e con senso critico nuove conoscenze (Garcia-Barbero, 1999).

Le attuali procedure di selezione rappresentano invece un semplice meccanismo burocratico utile a generare una graduatoria e a limitare il numero degli iscritti in relazione ai posti disponibili. Non vi è l'intento di selezionare uno studente che abbia reali potenzialità a diventare un ottimo medico (Familiari et al., 2002a,b,c, 2003, 2004, 2005).

Da queste premesse emerge una chiara e pressante 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 prevalentemente nozionistico, debbano essere censite anche ulteriori specifiche attitudini richieste dalle nuove esigenze del Sistema Sanitario internazionale. (Familiari et al., 2002a,b,c, 2003, 2004, 2005; Morrison, 2005).

## Siamo in Europa?

Un documento molto interessante dell'*Advisory Committee on Medical Training della Commission of the European Communities* del 1992, avente per oggetto

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

<sup>2</sup> Presidente della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

<sup>3</sup> Presidente della Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

to il *Final approval of the Report and Recommendations on Undergraduate Medical Education*, costituisce una indispensabile base di discussione in relazione alle importanti indicazioni ivi contenute in tema di accesso alle Facoltà di Medicina negli Stati dell'allora Comunità Europea. E' necessario citarne i punti salienti:

- 1) *All representatives agree that one of the main criteria for admission on the medical schools should be the score of the National High School Examinations. This score could preferably comprise approximately 30% of the admission criteria;*
- 2) *There was a long discussion concerning the application of aptitude tests and psychological tests as admission criteria to the medical schools. The general feeling was that usual general psychological tests are not appropriate to select candidates to be medical students. If such tests are to be applied they have to be specially designed and evaluated;*
- 3) *Entry examinations may be applied in sciences related to medicine is chemistry, physics, mathematics (or statistics), biology and also language. The role of entry exams may represent 50-60% of the admission criteria. This percentage may be left at the discretion of the individual medical schools;*
- 4) *Personal interviews of candidates may be applied, by the medical schools. Their role in the final selection should not exceed 10-15%.*

Appare immediatamente evidente come le raccomandazioni della Comunità Europea siano state largamente disattese dai provvedimenti ministeriali che attualmente governano l'accesso a Medicina nelle Facoltà di Medicina Statali. Deve essere al contrario notato come, in numerosi paesi Europei, ma anche in alcune Facoltà Mediche italiane, tali raccomandazioni costituiscano una base ormai consolidata di valutazione per l'accesso alle Facoltà di Medicina (Garcia-Barbero, 1999).

## L'accesso a Medicina, alcune evidenze da uno studio nazionale della Conferenza

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 tentato di porre delle basi di *evidenza* analizzando i diversi modelli attualmente utilizzati negli altri paesi, studiando l'attuale processo di selezione e proponendo possibili correzioni all'attuale test, nel rispetto delle leggi attualmente vigenti (Familiari et al., 2002a,b,c, 2003, 2004; 2005).

Deve essere comunque riconosciuto che è *difficile* valutare un test di selezione per l'ingresso a Medicina, che esistono ancora poche evidenze internazionali sulla qualità effettiva dei metodi di selezione a questo Corso di Laurea, e come sia invece ancora 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 De Marinis, 2002; Ferguson et al., 2002; Familiari et al., 2004, 2005; Morrison, 2005).

In quest'ottica, è stata quindi attivata una 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 (Familiari et al., 2004, 2005).

I dati elaborati hanno messo in evidenza, in primo luogo, una correlazione altamente significativa 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, 2005).

Indici di correlazione scarsamente significativi si trovano, al contrario, tra i risultati nel test e l'andamento generale nei primi due anni del Corso di Laurea. Questo dato può 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 (Familiari et al., 2005).

#### Le proposte della Conferenza per un livello di aggiornamento *essenziale*

Alcune proposte di rinnovamento del test di ingresso, rappresentative di un livello di aggiornamento che potrebbe essere definito *essenziale*, sono state discusse ed elaborate dalla Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia nelle sedute che si sono tenute ad Ancona il 14 Dicembre 2001 e a Bologna il 25 febbraio 2002, e dalla Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia nelle sedute del 12 Febbraio 2001 e del 18 Dicembre 2002, sulla base di quanto elaborato dal *Gruppo di Studio Orientamento ed Accesso* delle stesse Conferenze (Familiari et al., 2002a,b,c; 2003); Le due Conferenze Permanenti, riunitesi congiuntamente in Ancona nei giorni 11 e 12 Aprile 2003, hanno infine deliberato, all'unanimità, *proposte in tema di ammissione* che si riportano nei punti essenziali:

1. *Pubblicazione* delle regole specifiche di ammissione con *almeno 6 mesi/1 anno di anticipo* sulla data stabilita per il concorso.

2. Formulazione di *quesiti* di Biologia, Chimica, Fisica e Matematica *meglio calibrati* sulla base delle diversità dei programmi della Scuola media superiore con un peso relativo non superiore a circa il 50% della valutazione globale.

3. Possibilità dell'*inserimento di quesiti* sulla conoscenza linguistica dell'*Inglese* e dell'*Informatica*, con un peso relativo non superiore a circa il 2-4% per ciascuna materia nella valutazione globale.

4. Formulazione di *quesiti di logica e cultura generale di complessità più consona* alla preparazione media dei candidati, con un peso relativo non inferiore al 30% della valutazione globale.

5. *Considerazione del voto di maturità* nell'ambito della valutazione totale, con una incidenza non inferiore al 10% della valutazione globale.

6. Considerazione, nella formulazione del punteggio totale, del *metodo statistico dei ranghi* (almeno il 20% di risposte esatte in ogni singola sezione). Tale metodo non si applica alle conoscenze linguistiche ed informatiche, in quanto non adeguatamente rappresentate in tutti i programmi della Scuola secondaria superiore.

7. *Possibilità, per i singoli Atenei, di utilizzare test psico-attitudinali*, proposti sulla base del profilo specifico del Corso di Laurea previsto dall'art.12 comma 2 punti a-e del D.M. 509/99 e dell'art.3 comma 1 del DM 28.11.2000 e nel rispetto dell'autonomia e della competizione amministrativa degli Atenei.

Attendiamo, su queste proposte, il parere dell'Onorevole Ministro Letizia Moratti, lieti se si potrà avere il privilegio di presentarLe personalmente il progetto.

#### Sarà possibile scegliere bene i medici del futuro?

Vi sono alcuni punti molto interessanti che il MIUR dovrebbe accuratamente valutare con grande attenzione. Innanzi tutto, maggiore attenzione dovrebbe essere riservata alla *considerazione del voto di maturità* non solo come componente valutativa all'ingresso, ma anche 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; Familiari et al., 2004, 2005). Su questa base, potrebbe anche essere ipotizzabile come Studenti non liceali, o Studenti con un voto di Maturità inferiore ad un punteggio che dovrebbe essere determinato, potrebbero seguire corsi di introduzione al piano degli studi, non solo per quanto attiene a singole specificità, 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. Di grande rilievo potrebbe essere l'introduzione di *test psico-attitudinali specifici*. 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.

Infine, non andrebbe sottovalutato l'aspetto sociale dell'ammissione. Le leggi attuali non prevedono infatti alcuna norma riguardante le differenze sociali e gli *handicap*, a differenza di altri paesi. Anche questo punto dovrebbe essere meritevole di un'analisi al pari della sperimentazione sulla *qualità* del test di ammissione (Searle, 2003).

#### Bibliografia

- 1) *Advisory Committee on Medical Training, Commission of the European Communities: Report and Recommendations on Undergraduate Medical Education*. Doc. 111/F/5127/2/92, Brussels, 28.10.1992.
- 2) Binetti P e De Marinis MG. *La prospettiva pedagogica nella Facoltà di Medicina*. Società Editrice Universo, Roma, 2002.
- 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. *Med Chir* 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. *Med Chir* 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. *Med Chir* 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. *Med Chir* 25: 943-947, 2004.
- 8) 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 in collaborazione con Culasso F, Relucenti M, Stallone T, Matrone T e Falaschi P. Indagine nazionale su ingresso a Medicina e risultati I e II anno. Correlazione tra Maturità, Test di ingresso ministeriale, media degli esami del I e II anno ed esami di Fisica, Chimica e Biologia. *Med Chir* 28: 1068-1073, 2005.
- 9) 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.
- 10) Garcia-Barbero M. *Medical Curricula in European Countries*. Published by WHO European Center for Integrated Health Care Services, Barcelona, Spain, 1999.
- 11) Morrison J. How to choose tomorrow's doctors. *Medical Education*, 39: 240-242, 2005.
- 12) Searle J. Equal opportunity does not produce equity: (not) getting into medical school. *Medical Education*, 37: 290-291, 2003.

Nella tabella che segue è riportata la mozione della Conferenza Congiunta Presidi-Presidenti, relativa all'accesso alla Facoltà di Medicina, portata all'attenzione dell'Onorevole Ministro Letizia Moratti.

#### Ringraziamenti

Si ringraziano, per la loro preziosa collaborazione ai lavori e alle indagini del Gruppo di Lavoro negli anni 2002-2005, il prof. Franco Culasso, il Prof. Paolo Falaschi, la Dott.ssa Michela Relucenti, la Dott.ssa Teresa Matrone, la Dott.ssa Tiziana Stallone, la Dott.ssa Patrizia Tordi, la Sig.ra Teresa Mari e la Sig.na Tania Comola.

*Conferenza Permanente dei Presidenti  
dei Corsi di Laurea specialistica  
in Medicina e Chirurgia*

*Conferenza Permanente dei Presidi  
delle Facoltà di  
Medicina e Chirurgia*

Ancona 11-12 Aprile 2003

Al Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca  
Onorevole Letizia Moratti  
Sede

Le Conferenze Permanenti dei Presidi delle Facoltà di Medicina e dei Presidenti dei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, riunitesi congiuntamente in Ancona nei giorni 11 e 12 Aprile 2003, hanno deliberato, all'unanimità, la seguente mozione

**Le Conferenze dei Presidi e dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina**

*considerato che*

- la selezione di uno studente "idoneo" per la Facoltà di Medicina è un evento cruciale che, in sinergia con il processo di rinnovamento dei corsi che tutte le Facoltà italiane hanno attivato, dovrebbe consentire la formazione di un "buon medico" che sappia rispondere in pieno alla complessità della sua "missione";
- la *World Federation on Medical Education*, nell'anno 2000, ha dato indicazioni in tema di ammissione, invitando le Facoltà Mediche a perfezionare e migliorare criteri e metodi di ammissione;
- l'ingresso alle Facoltà di Medicina statali in Italia, attualmente disciplinato dalla Legge 2 Agosto 1999 n. 264, è basato su un test unico predisposto da una Commissione ministeriale, svolto nello stesso giorno su tutto il territorio nazionale, con graduatoria locale per le singole facoltà, senza previsione di valutazione della carriera scolastica e del voto di maturità;
- modelli di ammissione diversi sono tuttavia presenti nel territorio italiano, e si riferiscono al Campus Biomedico di Roma, all'Università Cattolica di Roma e al S.Raffaele di Milano, in alcuni dei quali sono previsti la valutazione del voto di maturità e colloqui psico-attitudinali;
- "Nuove proposte in tema di ammissione al Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia" sono state discusse ed elaborate dalla Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia nelle sedute che si sono tenute ad Ancona il 14 Dicembre 2001 e a Bologna il 25 febbraio 2002, e dalla Conferenza dei Presidi nelle sedute del 12 Febbraio 2001 e del 18 Dicembre 2002, sulla base di uno *studio-indagine nazionale* condotto dal *Gruppo di Studio Orientamento ed Accesso* delle stesse Conferenze;

*ritengono*

- di dover sottoporre alla diretta attenzione dell'Onorevole Ministro l'intero contenuto delle nuove proposte in tema di ammissione, allegate alla presente mozione;
- di dover chiedere direttamente all'Onorevole Ministro che sia valutato, ai fini dell'ammissione alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, il voto dell'Esame di Maturità, con un'incidenza non inferiore al 10% della valutazione globale, già nel concorso di ammissione del prossimo anno accademico 2004-2005, in relazione all'importanza irrinunciabile di tale punto nel processo globale di selezione.

*Il Presidente della Conferenza  
dei Presidenti dei CCLS  
in Medicina e Chirurgia  
Prof. Giovanni Danieli*

*Il Presidente della Conferenza  
dei Presidi delle Facoltà di  
Medicina e Chirurgia  
Prof. Luigi Frati*

# La revisione del core curriculum

Luciano Vettore (Verona), Antonio Gaddi (Bologna), Aldo Tomasi (Modena)

Sono passati quattro anni da quando, per lungimirante iniziativa del Presidente Giovanni Danieli, è iniziato il lavoro di preparazione del core curriculum per i Corsi di Laurea Specialistica in Medicina<sup>1</sup> e di esso si è periodicamente - più volte - parlato e scritto via, via che il progetto prendeva forma e cresceva.

Anche se non si può affermare che l'opera sia compiuta - ma solo perché per definizione un core curriculum non arriva mai al compimento definitivo - si può dire però che il frutto di un impegno abbastanza rilevante è giunto alla sua piena maturazione.

Non ripeteremo in questa sede le motivazioni di fondo e non illustreremo nel dettaglio le caratteristiche basilari che caratterizzarono fin dall'inizio il progetto<sup>2,5</sup>, ma ci limiteremo a indicare il punto d'arrivo, dandone le dovute giustificazioni.

Il primo elemento di novità di questa ultima revisione è rappresentato dalla riformulazione degli ambiti disciplinari, che ora - per segnare la differenza con il passato - abbiamo deciso di chiamare **ambiti culturali integrati**:

- ciascuno di essi raggruppa le Unità Didattiche Elementari (UDE) che presentano affinità culturali e quindi sono più facilmente suscettibili di integrazioni reciproche non solo di tipo "orizzontale";

- la loro denominazione cerca di non coincidere con i settori scientifico disciplinari (SSD) per facilitare le integrazioni dei contenuti, nella prospettiva di costruire una formazione professionalizzante, cioè capace di rispondere ai bisogni prioritari di salute attraverso l'esercizio dei compiti pertinenti allo specifico profilo professionale;

- l'elencazione delle UDE per ambito culturale dev'essere *una delle opzioni possibili* di raggruppamento delle UDE all'interno del core: la gestione informatica del data base consentirà la loro aggregazione secondo una serie di criteri diversi, lasciando la scelta del criterio di volta in volta alle esigenze dell'utilizzatore;

- i nuovi ambiti culturali si richiamano in parte alle aree considerate nei documenti europei e trovano facile corrispondenza con le suddivisioni proposte da grandi atenei.

Ovviamente gli elementi portanti del core restano quelli che fin dall'inizio abbiamo chiamato unità didattiche elementari (UDE), ma la loro forma - non la gran parte dei loro contenuti - è stata completamente modificata; sinteticamente potremmo dire che formalmente tutte le UDE

sono state trasformate da elenco di argomenti da apprendere (e da insegnare) a *obiettivi educativi*, cioè a risultati di apprendimento indicati agli studenti come mete da raggiungere o, appunto, come obiettivi da conseguire con l'apporto delle attività didattiche, cioè grazie all'impegno sia di pianificazione che d'insegnamento dei docenti, istituzionalmente dedicati alla facilitazione dell'apprendimento degli studenti:

- ciascuna UDE definisce una conoscenza, una competenza, un'abilità e/o un comportamento che lo studente deve diventare capace di "esercitare" come risultato del processo di apprendimento/insegnamento;

- ogni UDE è caratterizzata da un verbo che indica l'azione (intellettuale o pratica operativa) che lo studente deve diventare in grado di compiere;

- l'azione deve essere osservabile e - nei limiti del possibile - verificabile nel grado di performance: lo studente dovrà dimostrare la sua capacità di "eseguirla", e ciò consentirà la valutazione oggettiva del suo grado di apprendimento (in altre parole, ogni UDE rappresenta un contenuto d'esame, trasformabile di volta in volta in uno o più quesiti con la forma più adatta a verificare l'apprendimento di quel contenuto: domanda d'esame orale, domanda scritta con scelta tra risposte multiple, domanda scritta a risposta breve aperta, problema da risolvere, azioni simulate, gioco dei ruoli, ecc.);

- in tale operazione di riformulazione delle UDE si sono resi necessari interventi di "ripulitura", con l'eliminazione delle ridondanze, la specificazione e la divisione di contenuti troppo ampi, la sintesi di contenuti eccessivamente frammentati, l'individuazione di contenuti essenziali, in precedenza mancanti. Con l'occasione si è anche cercato di aggiornare il core in funzione del progresso delle conoscenze.

Per ogni UDE vengono indicati, come nella stesura iniziale:

a) la profondità della conoscenza

- conoscenza superficiale: lo studente ne ha sentito parlare (livello 1)

- conoscenza generale: lo studente sa inquadrare l'argomento all'interno delle conoscenze complessive (livello 2)

- conoscenza approfondita e particolareggiata: lo studente deve conoscere l'argomento in modo esauriente in relazione alle sue necessità formative (livello 3)

b) il tipo di competenza

- competenza mnemonica: lo studente ricorda quanto ha appreso (livello 1)
  - competenza interpretativa: lo studente sa applicare quanto ha appreso per interpretare dati o fenomeni, relativi a un contesto cui ha assistito o a un problema che ha visto affrontare e risolvere da altri (livello 2)
  - competenza decisionale: lo studente sa applicare quanto ha appreso per risolvere personalmente problemi e assumere decisioni autonome (livello 3)
- c) il livello di abilità nell'esercizio di pratiche o di processi metodologici, che è riservato a quelle UDE più francamente professionalizzanti e a forte componente operativa:
- abilità teorica: lo studente sa come si fa, perché l'ha visto fare da altri o ne ha sentito descrivere la procedura (livello 1)
  - abilità teorico-pratica: lo studente ha sperimentato personalmente l'esecuzione della procedura almeno una volta per comprenderne la dinamica (livello 2)
  - abilità pratica autonoma: lo studente sa eseguire l'azione in modo automatico (livello 3)

Si segnala che alcune di queste definizioni sono state lievemente modificate rispetto alla edizione precedente del core curriculum<sup>6</sup>, con l'intento di renderle più facilmente comprensibili.

d) i tempi medi presumibilmente necessari allo studente per apprendere il contenuto della UDE (dai quali verranno dedotti successivamente i crediti formativi), distinti in:

- tempo di apprendimento assistito, cioè coincidente con un'attività di didattica impartita (lezioni frontale, seminario, lavoro in piccolo gruppo con o senza tutore, esercitazione, ecc.);
- tempo di apprendimento autonomo, consistente nella ricerca e nella elaborazione delle conoscenze, nello studio personale, nell'esercizio individuale delle competenze e delle abilità pratiche o comportamentali, ecc.

Grazie all'indicazione per ogni UDE di un ambito culturale integrato piuttosto ampio, dovrebbe risultare facile per ogni corso di laurea identificare, in funzione della disponibilità di docenti e della mission formativa specifica, tutti i settori scientifico-disciplinari (SSD) che possono concorrere all'insegnamento/apprendimento di ogni UDE; si sottolinea peraltro che non è obbligatorio che vi concorrano costantemente tutti i SSD pertinenti, perché questa scelta rientra tipicamente nell'autonomia didattica (e dipende dalle risorse disponibili) di ogni CdL; tuttavia - e questo è rilevante - l'indicazione di più SSD per ogni UDE faciliterà l'integrazione orizzontale e verticale tra differenti apporti disciplinari e impedirà l'appropriazione indebita di contenuti specifici da parte di

singole discipline.

#### Aspetto formale del core curriculum

Nel formato a stampa del core viene proposta - anche per ragioni di spazio - la sola descrizione testuale delle UDE con l'indicazione numerica dei loro livelli di conoscenza e competenza, peraltro facilmente identificabili grazie alla legenda; le UDE sono qui raggruppate per ambito culturale, ma con elencazione a parte delle abilità pratiche autonome.

Per facilitarne la consultazione da parte degli utenti, nella versione elettronica del core accanto alla descrizione testuale di ogni UDE verranno scritti "in chiaro" gli aggettivi relativi al livello di conoscenza, competenza ed eventualmente abilità. Inoltre, la versione elettronica sarà leggibile e stampabile dal singolo utente nel formato che gli può risultare di volta in volta più utile e che può essere agevolmente scelto da un menù esplicativo: estrazione di UDE singole in base a uno o più criteri, o aggregazione di gruppi di UDE sempre sulla base di criteri prestabiliti (per ambito culturale, livello tassonomico, integrazioni orizzontali o verticali, anno di corso, semestre, ecc.).

I descrittori CC1 e CC2, che nella precedente stesura del core indicavano il tipo di contenuto proposto da ogni UDE, ora diventano per lo più superflui nella misura in cui la descrizione delle UDE è esauriente e il verbo d'azione è pertinente; per "facilitare" tale pertinenza è stata preparata una tabella (che sarà leggibile on line sul sito della Conferenza) con le corrispondenze tra verbi d'azione e livelli tassonomici degli obiettivi cognitivi.

Sul sito saranno inoltre visibili indicatori grafici a barre dei tempi medi di insegnamento e apprendimento per ogni UDE, mentre ai Presidenti di CdL e ai Presidi verrà fornito anche un sistema per calcolare e ridistribuire i crediti (per ambito, secondo i parametri del DM 168, per semestre, per tipo di UDE, etc.).

#### Considerazioni finali

1) L'insieme delle UDE nella proposta di core della Conferenza non vuole rappresentare un programma di apprendimento standardizzato da adottare acriticamente da parte di tutti i CdL in Medicina italiani; è offerto ai CdL per aiutarli nell'identificazione dei contenuti dell'apprendimento essenziali e irrinunciabili per la formazione del laureato in Medicina all'inizio del proprio iter professionale e tiene conto del tempo reale a disposizione degli studenti per un apprendimento efficace e duraturo (questa è la definizione di core curriculum e ne rappresenta le finalità).

2) Com'è stato già detto, ogni CdL ha ampi gradi

di autonomia nella scelta dei contenuti da far apprendere ai propri studenti, scelta che in parte deriva dalla propria mission specifica e in parte dipende dalle risorse disponibili; tuttavia tutti i CdL sottostanno al vincolo del profilo professionale del medico da formare, il quale dovrà saper rispondere adeguatamente ai bisogni prioritari di salute della Società in cui è inserito e all'inizio dovrà pertanto possedere le basi necessarie e sufficienti per costruire nel tempo la propria competenza professionale generalistica o specialistica in funzione delle scelte individuali e del loro incremento/aggiornamento continuo mediante la formazione specifica e la formazione permanente.

3) Sembra comunque abbastanza ragionevole che le parti irrinunciabili della formazione professionale siano molto simili all'interno dello stesso Paese (e sperabilmente all'interno dell'intera Comunità Europea) per facilitare gli scambi e gli spostamenti sia degli studenti che dei professionisti, con un facile riconoscimento dell'equivalenza delle competenze professionali irrinunciabili. Le differenze più rilevanti dovrebbero riguardare aspetti culturali importanti, ma complementari e non basilari, per lo più acquisibili con le attività didattiche elettive.

4) In ogni caso, poiché l'autonomia intellettuale dei Docenti (anche se purtroppo espressa sovente da atteggiamenti individualistici) è un elemento imprescindibile, il core della Conferenza ha preminentemente il fine metodologico di facilitare un approccio pedagogicamente corretto e didatticamente adeguato nei processi dell'apprendimento: le UDE proposte con le loro caratterizzazioni vogliono rappresentare dei "modelli" per facilitare un metodo omogeneo nella costruzione dei vari core, pure se differenti da sede a sede soprattutto per lo stile di formulazione delle singole UDE.

5) Infine, la familiarizzazione con il core dovrebbe indurre i suoi utilizzatori a collegare le UDE e il loro apprendimento con le prove dell'Esame di Stato (EdS); si può tentare di avanzare al proposito un abbozzo di proposta, da sviluppare eventualmente nel prossimo futuro:

- ogni UDE di conoscenza approfondita e di competenza interpretativa o decisionale dovrebbe generare quesiti (preferibilmente con struttura problematica); ogni CdL potrebbe procedere alla produzione di quesiti in parte in modo autonomo, in parte consorziandosi con altri CdL;

- tali quesiti (in forma di quiz se costruiti per questo fine) dovrebbero venire utilizzati almeno in parte nei progress test periodici che ogni CdL potrà introdurre per monitorare l'efficacia didattica dell'insegnamento pregresso e per garantire il mantenimento nel tempo delle conoscenze/

competenze essenziali;

- questa banca dati centralizzata di quesiti (a disposizione di tutti i CdL, ma non resa pubblica agli studenti per non indurre la "sterilizzazione mnemonica" dell'apprendimento) potrebbe "ispirare" domande con risposte a scelta multipla simili ma non identiche, da utilizzare nei test scritti dell'EdS;

- le UDE che riguardano abilità pratiche autonome potrebbero rappresentare il programma globale di un esame di practical skills da effettuare con metodo OSCE alla conclusione dei sei anni di corso (testando ogni volta una dozzina di abilità autonome, scelte dal pool totale presente nel core).

6) Un ulteriore sviluppo futuro del progetto core può essere rappresentato dalla proposta di un elenco di "Problemi come punti di partenza per l'apprendimento" (già abbozzato a imitazione della Blueprint di Maastricht). Tali "problemi" sono rappresentati dai disturbi, sintomi, segni (anche di laboratorio o strumentali) e dai quadri clinici per i quali il paziente più frequentemente interpella il medico. Per individuare la natura, le cause ed eventualmente le soluzioni dei vari problemi incontrati, il medico deve utilizzare le conoscenze e le competenze che gli derivano dalle evidenze scientifiche e dalla propria esperienza professionale: le conoscenze e le competenze basilari e quindi indispensabili sono per lo più rinvenibili in una o più delle UDE del core; il passo successivo dovrebbe essere quello di collegare a ogni problema le UDE pertinenti, rendendo così evidente – almeno per le UDE a contenuto clinico – la loro vocazione professionalizzante, in quanto strumenti del sapere utili alla soluzione dei problemi prioritari di salute.

#### Bibliografia

- 1) Core curriculum del Corso di laurea specialistica in Medicina 1) Core curriculum del Corso di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia. Med Chir 18: 639-92, 2002
- 2) Vettore L, Scandellari C: Come identificare le competenze essenziali per conseguire la laurea in Medicina? Una proposta di metodo. Med. Chir. 15: 518-26, 2000
- 3) Tomasi A, Gaddi A, Vettore L: Il Core curriculum degli studi medici. Med Chir 16:566-74, 2001
- 4) Gaddi A, Tomasi A, Vettore L. Core curriculum del Corso di Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia; suggerimenti e considerazioni per la sua utilizzazione. Med. Chir. 18: 629-93, 2002
- 5) Gaddi A, Vettore L, Tomasi A: Il Core curriculum degli studi medici: proposta metodologica per una sua prima revisione. Med Chir 22: 846-9, 2003
- 6) Gaddi A, Tomasi A, Vettore L: Core curriculum del Corso di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia: suggerimenti e considerazioni per la sua utilizzazione. Med Chir 18: 632-38, 2002

## Attività Didattica Elettiva (ADE)

Guglielmo Borgia (Napoli, "Federico II"), Alfred Tenore (Udine), Giuseppe Familiari (Roma, "La Sapienza" II Facoltà), Pietro Gallo (Roma, "La Sapienza"), Giovanni Delrio (Napoli, "SUN"), Evangelista Sagnelli (Caserta, "SUN")

I Decreti ministeriali del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e tecnologica n. 509/99 e n. 269/2004 concernenti l'autonomia didattica degli Atenei prevedono, oltre alle attività formative qualificanti la classe di Corso di Laurea, anche attività autonomamente scelte dallo studente purché coerenti con il progetto formativo. Per la Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia tali attività (denominate Attività Didattiche Elettive o ADE) rappresentano almeno 15 crediti sui 360 totali. Sotto l'egida della Conferenza dei Presidenti abbiamo realizzato delle linee guida, di seguito sintetizzate, con l'obiettivo di sfruttare appieno la potenzialità delle ADE in modo che sempre di più esse rappresentino occasione per gli Studenti di crescita personale ed approfondimento culturale.

L'Attività Didattica Elettiva prevista dal Decreto è quindi parte integrante del curriculum formativo degli studenti.

Le ADE rappresentano, per la loro peculiarità, un allargamento culturale necessario alla personalizzazione del *curriculum* dello Studente; esse sono finalizzate all'approfondimento di specifiche conoscenze e aspetti formativi che ottimizzano la preparazione e la formazione del laureato in Medicina valorizzando le personali inclinazioni professionali e culturali dello Studente, attuando l'estensione di argomenti non inclusi nel *core curriculum* dei Corsi ad Insegnamento Integrato, ma di cui venga motivata la opportunità attraverso l'esplicitazione dei contenuti, favorendo la multidisciplinarietà.

Vanno decisamente evitati contenuti che siano mera ripetizione di argomenti pertinenti al *core curriculum* o assimilabili a temi già materia di Scuola di Specializzazione.

Le ADE sono strumento prezioso anche per i Docenti che possono farne occasione per fornire ai Discenti un importante contributo alla loro crescita, attingendo alle loro migliori esperienze professionali ed umane.

La **tipologia delle ADE** può essere basata su

- *Corsi Monografici*

ovvero corsi di apprendimento interattivo; il numero degli studenti non dovrebbe essere superiore a venti per facilitare una migliore interazione Docente-Studente

- *Seminari*

- *Internati clinici e di laboratorio in istituzioni Universitarie in Italia e all'Estero*

ovvero momenti di intenso contenuto formativo come per esempio la frequenza in sala operatoria,

in sala parto, in pronto soccorso, in un laboratorio di ricerca per il raggiungimento di uno specifico obiettivo.

- *Discussione di casi clinici.*

Possono essere anche considerate Attività Didattiche Elettive:

- Partecipazione certificata a Convegni e Congressi

- Frequenza in ambulatori di Medicina Generale

- Internati elettivi in strutture di ricerca o cliniche accreditate

- Volontariato presso Enti accreditati (es. Croce Rossa)

- Frequenza di Corsi Integrati presso altre Facoltà dello stesso Ateneo o di altri

- Attività culturali promosse dalle Associazioni Studentesche

- Corsi che arricchiscono la formazione culturale e professionale del futuro medico

Queste ed eventuali altre attività devono essere autorizzate preventivamente dal CCL o dal Consiglio di Facoltà per le rispettive competenze e sono soggette a valutazione qualitativa.

Le **proposte di ADE** possono essere presentate dai Docenti del Corso di Laurea mediante compilazione di apposito modello, già proposto in seno alla Conferenza a tutti i CCLS, in cui vanno indicati l'anno di corso, i prerequisiti necessari per la migliore frequenza, gli obiettivi, i contenuti delle attività, il/i settore/i scientifico-disciplinare/i delle materie argomento delle ADE, nonché il numero minimo e massimo di studenti iscrivibili (vedi esempio Tab. 1).

La congruità delle proposte sarà poi valutata dalla Commissione Didattica ove esistente o da una Commissione ad hoc composta da Docenti e da una rappresentanza degli Studenti. La stessa Attività Didattica Elettiva può essere ripetuta più volte dal Docente nello stesso anno o nei diversi anni accademici.

È possibile **raggruppare le ADE in pacchetti** di Attività Didattiche Elettive omogenei per area (area diagnostica clinica, area diagnostica di laboratorio, area di terapia, area interventistica, area medicina sociale, aree integrate di discipline umanistiche, etc.) o per disciplina, così da costituire un percorso formativo peculiare dello studente.

L'organizzazione di tali attività prevede che prima dell'**inizio di ogni anno accademico** o semestre lo Studente scelga autonomamente le ADE tra

Titolo	
Disciplina di Afferenza	
Crediti	Non scrivere in questa casella
Responsabile del Corso	
Altri componenti del Corso	
Numero minimo di Studenti richiesti per l'attivazione	
Numero massimo di Studenti Accettati	
Prerequisiti	
Durata (in giorni)	
Numero di ore per giorno	
Fascia oraria	
Date in cui si svolgerà	
Luogo di svolgimento	
Tipo di attività	
Obiettivi	
Contenuti	
Metodologie	

Tab. 1 - Scheda Guida per la proposta di Attività Elettive.

le offerte didattiche.

Esse saranno svolte in **orari** che non interferiscano con le altre forme di attività didattica.

La **scelta delle ADE** potrebbe avvenire *on-line* evitando così sovrapposizioni di orario.

Il valore in **numero di crediti** di ogni Attività Didattica Elettiva viene definito dal CCL, sentiti i Docenti proponenti, sulla base dell'impegno orario. Tali crediti vengono acquisiti però dagli studenti solo se essi hanno raggiunto una frequenza adeguata.

Inoltre in base ai D.M. n. 509/99 e n. 269/04, secondo cui i crediti corrispondenti a ciascuna attività formativa devono essere acquisiti dallo studente previo superamento dell'esame o altra forma di **verifica di profitto**, l'Attività Didattica Elettiva è sottoposta a valutazione qualitativa: i crediti corrispondenti sono acquisiti dallo Studente mediante una prova di verifica. La valutazione concerne l'impegno dello Studente e la sua capacità di trarre profitto dall'Attività Didattica Elettiva.

Nel rispetto degli Statuti delle singole **Scuole di Specializzazione** le ADE saranno valutate anche ai fini della prova di ammissione in base all'attinenza con le discipline oggetto della Scuola.

Le ADE svolte, con i relativi crediti e la valutazione, sono registrate anche utilizzando un apposito **verbale o altro sistema di verifica**.

L'Attività Didattica Elettiva costituisce **attività ufficiale** dei Docenti e come tale va annotata nel registro delle Lezioni.

#### Sviluppi futuri, le ADE interfacoltà

Al fine di conciliare l'esigenza di una più larga formazione culturale con la formazione specialistica dello studente (recenti disposizioni di legge assegnano, come detto, punteggi alle ADE ai fini dell'accesso alle Scuole di Specializzazione) e alla luce dei notevoli mutamenti socio-culturali derivanti dall'informatizzazione, è stata proposta l'Istituzione di una Banca Nazionale ADE. Ciò consentirebbe agli studenti di scegliere e frequentare ADE in una sede alternativa all'Università di appartenenza. I Docenti potrebbero a loro volta allargare i propri orizzonti didattici, ciò con il grande obiettivo di aumentare concorrenza e competenza grazie all'offerta di ADE di livello qualitativo sempre maggiore.

Verso tale aspetto la Conferenza dei Presidenti ha mostrato particolare sensibilità ed è così già iniziata la realizzazione operativa delle ADE interfacoltà. Data l'assoluta novità del progetto è emerso che sarebbe opportuna una fase iniziale sperimentale per "rodare" il sistema, nonché valutare l'attenzione di Docenti e Studenti al riguardo. La

scelta, almeno in tale fase sperimentale, è caduta, considerando anche la limitatezza del tempo che gli studenti possono dedicare a tale attività, sulla formazione a distanza *on-line*. L'eventuale successo di tale sperimentazione potrebbe portare all'utilizzo di forme di ADE miste *blended* integrando formazione in aula ed *on-line*. Allo stato attuale, si prevede di rendere disponibili e concretamente fruibili solo alcune forme di ADE (come ad es. corsi monografici) ed in numero limitato, cui partecipino singoli Docenti o gruppi di Docenti eventualmente di diverse Facoltà; sarebbe auspicabile introdurre, almeno in tale periodo sperimentale, un numero massimo di ADE per facoltà (ad esempio tre) fruibili *on-line*.

La fruizione delle ADE interfacoltà *on-line* potrebbe attuarsi mediante *software* già utilizzati in altri tipi di formazioni a distanza come il *Dynamic Virtual Learning Network (DVLN)*. In tale ottica è stata formulata, sotto l'egida della Conferenza dei Presidenti, una versione sperimentale specificamente orientata alla didattica elettiva interfacoltà *on-line* (link presente sul sito <http://www.presidentimedicina.unibo.it>)

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

Allo stato attuale il sistema DVLN per le ADE interfacoltà dà la possibilità (parzialmente per il momento) di ricreare il più possibile l'interazione classica Docente-Studente basata sulla presenza fisica nello stesso posto. Mediante tale versione del DVLN sono possibili infatti, in automatico: l'iscrizione e l'autorizzazione per Studenti a far parte della "classe virtuale", l'immissione di nuovi Docenti che fanno parte dell'ADE, la descrizione di moduli, la visualizzazione dei curricula di Docenti e Studenti, l'invio (in automatico con un solo click) di messaggi di posta elettronica a tutta l'aula, agli altri Docenti e a gruppi o singoli Studenti, la generazione e la gestione di forum di discussione su vari argomenti, la risposta alle domande degli studenti, l'immissione in rete di

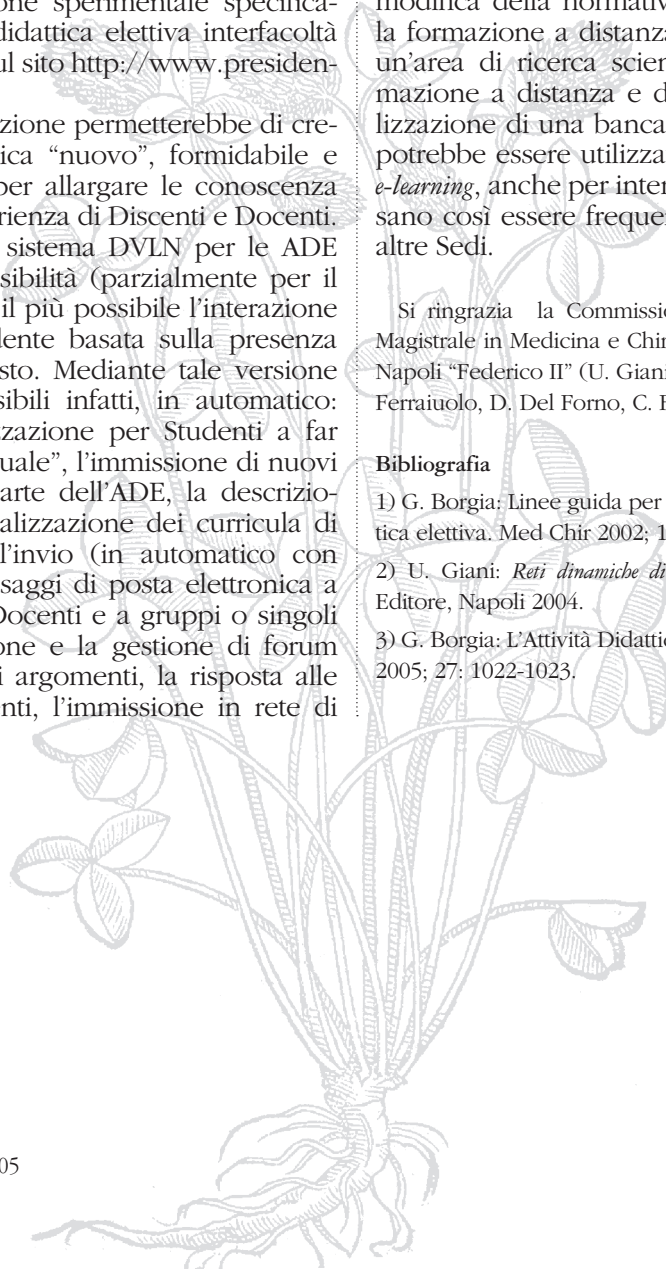
materiale da scaricare (diapositive, testo, etc.) o quiz a risposta multipla per l'autovalutazione degli studenti, l'inserimento di messaggi alla bacheca virtuale del sito, la creazione di un dizionario specifico, la creazione e la gestione dell'apprendimento per problemi (PBL), del *brainstorming*, di questionari su carta di Likert, di *critical thinking*, etc. I docenti coordinatori di una Attività Didattica Elettiva interfacoltà a distanza possono decidere di utilizzare solo una parte delle funzioni attualmente disponibili. Altre potrebbero essere sviluppate per soddisfare esigenze che dovessero emergere nel corso della sperimentazione.

Naturalmente questo è soltanto il primo passo verso una vera formazione a distanza che andrebbe potenziata. Per far ciò sarebbero necessarie alcune condizioni quali la creazione di staff specificamente dedicati, la diffusione della "cultura" della formazione a distanza, una qualche forma di incentivo per i Docenti che vi si dedicano, la modifica della normativa vigente per valorizzare la formazione a distanza ed infine lo sviluppo di un'area di ricerca scientifica sui modelli di formazione a distanza e di apprendimento. La realizzazione di una banca-dati nazionale delle ADE potrebbe essere utilizzata, oltre che per iniziative *e-learning*, anche per internati elettivi estivi che possano così essere frequentati anche da studenti di altre Sedi.

Si ringrazia la Commissione ADE del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia - Università degli Studi di Napoli "Federico II" (U. Giani, M. D'Aniello, E. Della Casa, R. Ferraiuolo, D. Del Forno, C. Formato) per la collaborazione.

#### Bibliografia

- 1) G. Borgia: Linee guida per la costruzione dell'attività didattica elettiva. *Med Chir* 2002; 19: 720-722.
- 2) U. Giani: *Reti dinamiche di apprendimento a distanza*, Liguori Editore, Napoli 2004.
- 3) G. Borgia: L'Attività Didattica Elettiva interfacoltà. *Med Chir* 2005; 27: 1022-1023.



# Le Scienze umane, come nuova frontiera della formazione in medicina

Paola Binetti (Roma, Campus Biomedico), Oreste Terranova (Padova)

## Premessa

Progettare un nuovo modello di Formazione per le Facoltà di Medicina è stato l'obiettivo dominante della Conferenza dei Presidenti di CCL in tutti questi anni e ha impegnato docenti con profili culturali diversi, nello stesso tempo stimolati e condizionati dai propri ambiti disciplinari. Sensibilità intellettuali e storie professionali diverse riflettevano esigenze culturali e resistenze personali, mescolate in un crogiolo di idee e di stati d'animo sempre più ricco di suggestioni e di proposte anche sotto il profilo operativo. Dalle differenze personali e dalla comune esigenza di rinnovare l'impianto formativo del Piano di studi in medicina e chirurgia sono nate molte iniziative interessanti, con un diverso impatto sui modelli organizzativi dei corsi di laurea<sup>1</sup>. Progressivamente la Conferenza è diventata un laboratorio di idee, in cui il cambiamento del Piano di studi rifletteva non solo un vero e proprio cambiamento negli stili di insegnamento-apprendimento, ma richiedeva prima di tutto un diverso modello etico ed antropologico a cui ancorare la nuova progettualità.

Ciò che è andato emergendo con sempre maggiore chiarezza nei gruppi di studio e di lavoro, attraverso l'analisi di esperienze concrete, ma anche attraverso un dibattito serrato, a cui hanno partecipato esperti di altre aree culturali, -letterati, filosofi, psicologi, sociologi, economisti, ecc.-, era la necessità di ripensare i modelli formativi, superando i tecnicismi didattici, per entrare nella prospettiva di un nuovo umanesimo, più attento alla realtà del nostro tempo, con la sua specifica complessità antropologica.

## Alcuni interrogativi propri delle Scienze umane in Medicina

Ciò nonostante capita ancora di sentire alcuni colleghi che si chiedono a cosa servano le scienze umane ad uno studente della facoltà di medicina. Ispirati ad un modello di efficienza didattica, che teme di distrarre gli studenti dai loro orizzonti scientifici concreti, si preoccupano di eventuali derive speculative che poco hanno a che vedere con i problemi attivi dei pazienti. Eppure c'è una rosa di domande essenziali che medici e malati, studenti e docenti si pongono continuamente nel loro lavoro quotidiano. Si tratta di interrogativi su cosa sia la malattia, ma anche su cosa sia la salute. Cosa significa riconoscere al paziente la propria autodeterminazione nelle scelte e come

questa vada sostenuta da una adeguata educazione terapeutica. Quali sono i parametri su cui fondare un corretto giudizio sulla qualità della vita e sulla dignità del vivere e del morire. In che modo la privacy del malato si innesta nelle nuove tipologie familiari e perché la relazione di cura è parte integrante dei legami affettivi ed effettivi che supportano la rete familiare. Quali sono i confini entro i quali si disegnano i progetti di ricerca clinica e fino a che punto il coinvolgimento del malato deve essere consapevole rispetto alle conseguenze che possono derivarne. Sempre più intrigante diventa il contesto multi-etnico, in cui operano e vengono curate persone di età, provenienza e cultura diversa, sapendo che ciò impone nuove forme di accoglienza e di dialogo, a cui non sempre siamo preparati. Elaborare domande e risposte in questo campo richiede capacità di dialogare con il malato e con la società: capacità di ascolto e capacità di comunicazione, anche quando si tratta di notizie difficili, le *bed news*, dal momento che c'è un interrogativo non eludibile con cui occorre confrontarsi giorno per giorno: il senso del dolore e della sofferenza<sup>2</sup>.

Si affaccia alla nostra attenzione un ripensamento degli standard di assistenza abituali e una rivisitazione delle risposte con cui spesso si generalizzano i tentativi di soddisfare richieste esplicite ed implicite di salute. I giovani medici non si sentono in grado di fornire risposte adeguate al loro tempo, alle mutate circostanze socio-culturali, ai diversi bisogni dei loro malati e delle loro famiglie. In altre parole chiedono di essere aiutati a ripensare la loro professione in un'ottica di cambiamento, che si ancori anche ai nuovi bisogni etici, per utilizzare in modo efficace tutte le risorse scientifiche e tecnologiche a loro disposizione<sup>3</sup>. Guardano con stupore ammirato, non scervo di un certo timore, alle continue conquiste che la scienza e la tecnica fanno, soprattutto quando si collocano all'origine della vita e attraverso l'ingegneria genetica permettono di intervenire in modo a volte contraddittorio sull'uomo, mosse più dalla curiosità del sapere che dalla spendibilità terapeutica delle nuove conoscenze. Capiscono di dover rispondere ad interrogativi etici che nascono dentro di loro, ma che riecheggiano anche in una ampia parte della opinione pubblica, e non sempre si sentono sicuri delle loro risposte. Cercano Maestri autorevoli che li aiutino a riflettere, senza fornire ricette prefabbricate, dialogando con culture e linguaggi

diversi da quelli della loro quotidianità scientifico-biologica. Non a caso il rapporto tra formazione scientifica e formazione umanistica è diventato uno degli snodi fondamentali della Educazione medica.

#### La storia del paziente e il contributo delle scienze umane

Anche se l'orientamento attuale delle Facoltà mediche privilegia l'approccio clinico ed educativo basato su prove di evidenza (EBM), spesso inoppugnabili, tutti: medici e malati, infermieri ed amministratori, stanno scoprendo di non poter fare a mano della dimensione umanistica, percepita nell'immaginario collettivo come il contributo necessario per offrire una assistenza realisticamente centrata sul paziente. Tutti ne parlano, ma non sempre si è in grado di offrire una relazione di cura attenta alla globalità dei bisogni del paziente, nei confronti dei quali prevale un'ottica di tipo riduzionistico, che privilegia –ad esempio- quelli di natura biologica rispetto a quelli di natura relazionale. Il giovane medico chiede di imparare a cogliere le esigenze del paziente non solo attraverso le moderne tecniche della strumentazione scientifica, ma anche attraverso quel misterioso canale comunicativo che si attiva solo grazie ad una relazione interpersonale significativa<sup>4</sup>. Il medico nei suoi primi anni si forma soprattutto ascoltando le storie dei suoi malati, raccogliendo delle anamnesi in cui la memoria dei fatti è fortemente impregnata dalla memoria dei sentimenti e degli stati d'animo, delle aspettative e delle loro possibili delusioni. E il romanzo può rappresentare in questa fase della formazione dello studente uno strumento essenziale per penetrare nell'intimità del soggetto, per leggere dietro le righe, per individuare significati e collegamenti, per aiutarlo ad emergere dal guazzabuglio delle sue sensazioni.

La prima richiesta che il malato pone è quella di poter raccontare la sua storia. E la prima difficoltà che lo studente di medicina incontra è quella di raccogliere bene la storia del malato con cui si incontra. La comprensione, nell'orizzonte di senso della malattia, passa attraverso la narrazione, perché la soggettività del malato si racconta al medico, che ascolta attraverso la sua stessa soggettività. Solo se il racconto viene raccolto adeguatamente e viene condiviso, acquisisce quel crisma di stabilità che garantisce la sua oggettività a quanti successivamente dovranno tenerne conto per gli ulteriori approfondimenti diagnostici e per le relative decisioni terapeutiche. La storia clinica, in altri termini, non è solo una raccolta di problemi attivi; è anche la narrazione di un uomo che, mentre si ammala, interpella una persona

competente per poter comprendere cosa gli stia succedendo e per valutare come venire fuori dal problema in cui, suo malgrado, si è imbattuto. E' la storia di un uomo malato, raccontata ad un altro uomo che nel trascriverla, almeno in parte la interpreta, seleziona le cose da registrare e quelle da lasciar cadere. Assegna una punteggiatura, che va al di là dell'aspetto linguistico, perché è prima di tutto una punteggiatura emotiva e valoriale<sup>5</sup>. Il filo conduttore della storia è tracciato nel trascorrere del tempo dalla sofferenza, dal disagio, e dalle malattie di uno stesso uomo. Una storia in cui *illness* e *disease* si intrecciano, cercando di modulare la oggettività dei fatti scientifici con la soggettività delle percezioni e dei vissuti emotivi<sup>6</sup>. È difficile dire chi sia il vero narratore: il paziente, il medico, colui che leggendo la storia la narra ad altri, nel corso di una lezione, di un meeting, di un convegno... Tanti narratori per una unica storia, che si arricchisce con le domande di tutti coloro che intervengono nella vicenda, che scavano, collegano, fanno ipotesi e le scartano, prendono decisioni e le verificano. Una storia in cui il codice orale e il codice scritto sono spesso inscindibili, per cui la narrazione scritta necessita della



spiegazione e del completamento orale, mentre questo si sostanzia dei fatti descritti, confermati, o contraddetti.

### La storia clinica e il suo intrinseco impianto razionale

In altri termini la storia clinica è la storia raccontata da un uomo malato ad un uomo sano, che spera si prenda cura di sé. Una storia in cui i fatti vengono accostati più sotto l'impulso emotivo che in base a criteri di logica sequenziale. Tocca a chi la raccoglie mantenere da un lato la giusta partecipazione empatica, che facilita l'apertura dialogica del paziente, e dall'altro assumere l'atteggiamento del detective che davanti ad ogni segno e ad ogni sintomo va a caccia delle cause, dei collegamenti oggettivi e oggettivabili. Nella trascrizione di ogni storia si nota l'impegno del medico a non rimanere indifferente né sul piano emotivo né su piano razionale, i fatti vengono riportati con l'obiettivo di fissare l'attenzione su alcune priorità, che scaturiscono contestualmente dalla propria sensibilità e dalla propria competenza clinica. Il rigore logico con cui si segue una traccia mnemonica, carica di ansia e di sofferenza, in

mezzo ad una sovrapproduzione di informazioni spesso discordanti che si affollano nel racconto del paziente, aiuta ad acquisire quella capacità decisionale che poi conduce ad accorciare i tempi dell'iter diagnostico. Non a caso le *reasoning skills* e le *Decision making skills* sono tra gli obiettivi formativi più importanti. La letteratura gialla, nelle sue diverse forme e nella molteplicità dei suoi autori, può aiutare lo studente di medicina a sviluppare questo tipo di competenze<sup>7</sup>. Un buon romanzo può sollecitare nello studente quella capacità di ragionamento, che sfida se stesso prima di ricorrere alla molteplicità degli accertamenti strumentali. Imparare a ragionare sugli elementi disponibili e a controllare il processo deduttivo in base ad una serie di regole, codificate dalla Logica classica, è un esercizio che contribuisce a strutturare una metodologia clinica nella sua ossatura portante<sup>8</sup>. Una diagnosi differenziale ben fatta necessita di una struttura razionale di supporto che si affida alla intelligenza critica del clinico, senza sovraccaricarla con una congerie di dati la cui significatività può essere scarsa. La componente intuitiva che caratterizza il processo di accettazione o di rifiuto di una ipotesi, prima di sottoporla ai dovuti controlli che la legitimeranno, ha radici in un tipo di pensiero diverso rispetto a quello strettamente scientifico, in cui la ricerca delle conformità porta a privilegiare una serie di dati rispetto ad altri, più difficili da spiegare e da integrare.

### Ogni storia clinica ha un suo fondamento etico

Scrivere e narrare una storia richiede sempre non solo esperienza e competenza, ma anche una indubbia dimensione etica. Etica della conoscenza, che si traduce nel rispetto della verità, quella raccontata dal paziente come sua versione personale dei fatti, accolta sia pure con il beneficio dell'inventario, ma riportata fedelmente. E quella oggettiva registrata dai dati di laboratorio, ma anche dalle circostanze esterne, con tutti gli aggiornamenti ordinati e fedelmente organizzati in uno schema concettuale significativo e significativo<sup>9</sup>. Questa mentalità riflette un'etica della relazione che si traduce nel rispetto per il paziente mentre parla, nella capacità di metterlo a suo agio, nel linguaggio piano con cui si fanno le domande e nell'umiltà di chi verifica le proprie interpretazioni sottoponendole al paziente, per essere certo di aver ben compreso. Nell'etica della relazione rientra anche il dovuto rispetto per i familiari, per le domande che loro pongono e che sono altrettante finestre sul mondo interiore delle paure e delle aspettative dell'intero contesto familiare in cui il paziente vive<sup>10</sup>. Ma rientrano anche le domande che il medico pone ai familiari, per comprendere meglio, per completare un fatto, per

approfondire una dimensione rimasta in sospeso, senza essere inutilmente invadente o aggressivamente intrusivo. Connotare adeguatamente un evento patologico, attraverso la narrazione di chi ne soffre, non è compito di poco conto e non può essere delegato a chi manca della esperienza e della sensibilità adeguata, perché la trascrizione incompleta, superficiale, può fuorviare l'intero team dei curanti, per scoprire alla fine che il malato aveva detto, aveva accennato, aveva provato a raccontare cose che sono state banalizzate, non trascritte, sottovalutate.

La relazione con il paziente si caratterizza per la sua intrinseca eticità, proprio perché si fonda su di una relazione di aiuto offerta ai massimi livelli possibili di competenza e di disponibilità. Solo l'umanità di un buon professionista è in grado di cogliere le richieste del paziente, quando la fragilità e la debolezza non consentono di esprimersi compiutamente e occorre calarsi nel suo vissuto, per interpretarlo adeguatamente, prima di fornire risposte significative. La dimensione etica di ogni giudizio si impone all'attenzione del medico come un potente organizzatore del suo ragionamento clinico e orienta le sue conclusioni anche sotto il profilo terapeutico, soprattutto quando il rischio dell'accanimento terapeutico sembra scontarsi con il timore dell'abbandono del paziente e la domanda a cui il medico è chiamato a dare risposta riguarda il senso stesso del vivere e del morire.

### Il progetto didattico delle Scienze umane

Molti degli incontri promossi dalla Conferenza hanno avuto il merito di analizzare le implicazioni di questo nuovo approccio formativo, che cerca di integrare i tradizionali modelli tecnico-scientifici degli anni della formazione di base con i modelli organizzativo-gestionali delle aziende sanitarie, in cui gli studenti si imbattono subito dopo la laurea e che appaiono improntate più a criteri di efficiente produttività che di autentica umanità<sup>11</sup>.

Il dolore e la sofferenza hanno bisogno di nuove modalità di ascolto, che diano valore al tempo dell'accompagnamento silenzioso e della condivisione degli affetti e dei valori. Ma comprendere, nel senso di prendere con sé l'umanità dolente dell'altro, non è facile e il linguaggio scientifico non è sufficiente. Più volte nei diversi incontri, negli articoli pubblicati, si sono fatti riferimenti interessanti alla letteratura, coltivata come gusto per una lettura, che permetta di affrontare la formazione personale attraverso le diverse forme di narrazione, per comprendere meglio sia il paziente che se stessi e il proprio stile di relazione delle emozioni<sup>12</sup>.

Nelle riunioni della Conferenza sono stati ana-

lizzati studi recenti, che hanno dimostrato come la formazione umanistica sia in grado di incidere sulla qualità specifica della professionalità medica anche sotto il profilo cognitivo, permettendo di generare ipotesi interpretative più elastiche e creative. Il processo decisionale, che conclude una indagine diagnostica e precede la pianificazione terapeutica, richiede un'analisi degli elementi disponibili, spesso in contraddizione tra di loro e tali da evidenziare un concreto margine di rischio tra le scelte possibili. Rischio che non può essere affrontato solo sulla base di criteri inoppugnabili<sup>13</sup>. Occorre fare appello ad un approccio in cui si innestano anche componenti di pensiero non riducibili alla stretta evidenza scientifica.

La formazione umanistica diventa quindi uno dei pilastri fondamentali del costruito scientifico che presidia il ragionamento clinico, ne migliora l'efficacia e l'efficienza, ma soprattutto garantisce al malato la qualità di un rapporto interpersonale più significativo e soddisfacente. Nella migliore tradizione della formazione del medico di oltre un secolo fa, quando non era possibile laurearsi in medicina senza essere prima di tutto *Doctor Philosophiae*, con un piano di studi centrato nella logica e nella etica. Le scienze umane non sfuggono a questa responsabilità e aiutano a recuperare il senso stesso degli studi medici anche attraverso discipline non sperimentali.

La proposta pratica è quella di un corso collocato nei primi anni della formazione, agganciato ad insegnamenti curriculari che ne sottolineino l'importanza e motivino allo studio di problemi

con un approccio multidisciplinare, a cui contribuiscono in diversa misura anche storia e filosofia del pensiero medico e scientifico, etica e psicologia, sociologia e letteratura. Un corso che necessita di progressivi livelli di approfondimenti negli anni successivi per sfidare quei problemi vecchi e nuovi che la tutela della salute pone costantemente alla nostra attenzione, reclamando nuovi linguaggi e nuove risposte. Non sono necessari molti crediti, possono bastarne all'inizio 4 o 5, purché ci siano successive opportunità di riprendere alcuni temi specifici senza scadere nell'anonimato di una proposta formativa disarticolata e costruita come una miscellanea di argomenti senza una propria forza culturale e senza un proprio metodo di dibattito.

### In conclusione

La riflessione sulle Scienze umane aiuta a comprendere meglio il dilemma etico ed antropologico davanti a cui si trova ogni medico<sup>14</sup>. Può considerare se stesso come un osservatore indipendente, rispetto alla realtà che analizza come altro da sé, oppure può considerare se stesso come una persona che partecipa contemporaneamente all'azione e alla formulazione del giudizio su di essa. Nel primo caso scoprirà o crederà di scoprire leggi oggettive, inscritte nella natura stessa dei fatti e in un certo senso ineludibili, per cui non si sentirà personalmente coinvolto sotto il profilo relazionale e si sentirà responsabile soprattutto degli aspetti tecnico-applicativi. Nel secondo caso, penserà che la sua responsabilità principale

consiste nel costruire significati comuni a lui e al malato, in un circuito relazionale impegnativo per entrambi. Il suo coinvolgimento va oltre l'applicazione di linee guida e di criteri condivisi dalla comunità scientifica, ma si cala nella loro interpretazione e nella loro condivisione con il malato e la sua famiglia.

La formazione umanistica del medico, e di ogni altro professionista impegnato nel campo della sanità, punta proprio alla valorizzazione di questo secondo modello conoscitivo, legato alla teoria della complessità e tale da impegnare costantemente il soggetto nella scoperta e nella attribuzione di significati eticamente ed esistenzialmente rilevanti<sup>15</sup>. Le Scienze umane riflettono quella nostalgia per l'unità del sapere sull'uomo che da sola può colmare sia le esigenze del medico che quelle del malato. Nessuno di loro infatti vuole trovarsi nudo davanti a quesiti di forte impatto antropologico come sono appunto quelli che riguardano il senso del vivere e il senso del morire, ma anche il senso dell'agire umano e professionale del medico.

### Bibliografia

- 1) Danieli G, (a cura di) *Scienze umane in Medicina*, il lavoro editoriale, Ancona, 2005
- 2) Cavicchi I, La medicina della scelta, *Medic*, 11, 3:34-40, 2003
- 3) Pellegrino ED, Thomasma DC, *The virtues in medical practice*, Oxford University Press, NY, 1993
- 4) Hillman J, *Le storie che curano*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002
- 5) Cattorini P, *Leggere il corpo malato. Aspetti antropologici, epistemologici, medici*, Liviana Ed, Padova, 1989
- 6) Robb A, Murray R, Medical Humanities in Nursing: thought provoking?, *J Adv Nursing*, 17:1182-1187, 1992
- 7) Sweeney B., The place of Humanities in the education of a doctor, *Brit J Gen Pract*, 48:998-1003, 1998
- 8) Federspil G, *Logica clinica*, McGraw-Hill, Milano, 2004
- 9) Chalmers G, *Introduzione al personalismo etico*, Prospettive filosofiche, PUSC, Roma, 2003
- 10) Davis DS, The Ethics of thick description, *Hasting Center Report*, 1991, 4 (21): 13
- 11) Robb A, Murray R, Medical Humanities in Nursing: thought provoking?, *J Adv Nursing*, 17:1182-1187, 1992
- 12) Nussbaum MC, *L'intelligenza delle emozioni*, Il Mulino, Bologna, 2004
- 13) Antiseri D, Conosciamo solo attraverso la scienza? A che cosa servono l'arte e la letteratura. *Medic*, 4:109-114, 1996
- 14) Cagli V, Letteratura, arti e medicina narrativa, *Tutor*, 4, 1:19-25, 2004
- 15) Johas H, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio di responsabilità*. Einaudi, Torino, 1997

# L'insegnamento della Medicina Generale nella formazione universitaria del Medico-Chirurgo in Italia

Eugenio Gaudio (Roma La Sapienza)

La riforma dell'Esame di Stato per l'abilitazione alla professione di Medico-Chirurgo in Italia, con la innovazione della introduzione del tirocinio valutativo che prevede un periodo di un mese presso lo studio di un Medico di Medicina Generale, ha riproposto in maniera ineludibile il problema dell'insegnamento della Medicina Generale nella formazione dei Laureati Specialisti in Medicina e Chirurgia.

E', infatti, non più pensabile che un laureato affronti un periodo di valutazione, da cui dipende poi l'accesso alla prova finale a quiz e quindi il conseguimento dell'abilitazione all'esercizio professionale, senza aver ricevuto a tal fine, durante il Corso degli studi, una adeguata formazione.

Il percorso di approfondimento di questa importante problematica da parte della Comunità Accademica italiana affonda le sue radici più recenti nel Convegno di Varese del 1990 e si è snodato, con appuntamenti significativi quali il Workshop di Modena del 2003, fino alla recente riunione congiunta delle Conferenze dei Presidi e dei Presidenti di Corso di Laurea di Alghero nel Maggio 2004.

Appare ormai di comune acquisizione il fatto che l'insegnamento dei contenuti della Medicina Generale debba trovare piena cittadinanza nel Curriculum formativo del Medico-Chirurgo italiano (e quindi europeo): perché i metodi ed i contenuti della Medicina Generale sono un riferimento imprescindibile per tutti i professionisti sanitari; perché una gran parte dei laureati in Medicina e Chirurgia eserciterà la Medicina Generale nel suo futuro professionale; perché le direttive Comunitarie Europee prevedono l'insegnamento clinico sul territorio; perché gli obiettivi formativi del Nuovo Ordinamento della Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia (Classe 46/S) includono, fra gli altri, *una adeguata conoscenza della medicina della famiglia e del territorio*. In ultimo, ma non per questo con minore importanza, perché il Sistema Sanitario Nazionale (e Regionale) trova nel ruolo del Medico di Medicina Generale il

suo primo, più diretto e più importante snodo di approccio al cittadino sano o malato ed al suo successivo indirizzo nell'iter diagnostico/terapeutico, condizionando così il funzionamento di tutto il Sistema Sanitario del nostro Paese.

Se, quindi, è acquisita la necessità di una simile tipologia di formazione, è attualmente sul tappeto la discussione sulle modalità concrete di erogazione della stessa. Su questo punto, le possibilità sono molteplici: dalla organizzazione di veri e propri Corsi Integrati obbligatori, alla possibile offerta di Attività Didattiche Elettive quale primo approccio formativo di scelta libera dello studente; dalla prefigurazione di veri e propri Professori dedicati allo scopo, all'inserimento dei Medici di Medicina generale quali Tutor degli studenti del primo o del secondo triennio di Corso.

Su questo aspetto, le varie Sedi Universitarie, nell'ambito della Autonomia didattica garantita dalla legge, stanno sviluppando diverse modalità organizzative e penso che, nel prossimo triennio, saremo in grado di raccogliere i primi risultati e di poter formulare le prime valutazioni su dati di fatto, per sviluppare una riflessione critica che ci porti a proporre un modello teoricamente corretto ed adeguato ai presupposti e, nello stesso tempo, concretamente realizzabile nell'ambito delle nostre Facoltà.

Infine, una ulteriore sfida che il nostro sistema universitario deve poter raccogliere ed adeguatamente risolvere è quella della formazione post-laurea: dalla possibilità della assunzione di responsabilità accademica nella proposta di istituzione di un Corso di Specializzazione in Medicina Generale (anche in stretta collaborazione con le Regioni e l'Ordine dei Medici) alla Formazione Continua, vero banco di prova per un Paese che voglia rimanere al passo con i tempi e con l'incalzare sempre più impetuoso della innovazione culturale e tecnologica.



# Riflessioni sulle medicine alternative e complementari ed il Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Alessandro Lechi, Italo Vantini (Verona)

Le medicine alternative e complementari (CAM) costituiscono un folto, ma estremamente disomogeneo gruppo di procedure, tecniche, trattamenti ed approcci alla salute. L'elemento che le accomuna è il fatto di non fare parte della medicina ufficiale e tradizionale. Alcune possiedono antiche radici in alcune tradizioni, nella cultura e nella storia di alcune popolazioni, soprattutto orientali, altre scaturiscono da antiche osservazioni casuali, o dalla sistematizzazione di pratiche da tempo diffuse, altre ancora si basano su specifici pensieri filosofici e teorie. Hanno larga diffusione in molti paesi ed in alcune aree geografiche rappresentano il principale approccio terapeutico. L'80% della popolazione mondiale fa uso di prodotti naturali a fini terapeutici, percentuale che si colloca fra il 40 ed il 70% nei paesi occidentali<sup>(1)</sup>. Dati risalenti alla fine degli anni '90 segnalano come circa 8-9 milioni di italiani facciano ricorso, anche solo occasionalmente, a queste "medicine"; di essi almeno la metà alla sola omeopatia. Circa il 25% dei medici prescrive - magari solo occasionalmente - rimedi e procedure riferibili a queste medicine, ed una percentuale stimabile attorno al 40% ha prima o poi indirizzato alcuni propri pazienti anche a "specialisti" di queste medicine<sup>(2)</sup>.

Da un'indagine condotta dall'Ordine dei Medici nell'area di Verona emerge che circa il 45% (comprendente soprattutto cultori delle CAM, forse alla ricerca anche di una qualche legittimazione accademica) ritiene che sia compito dell'Università fornire informazione od insegnare le CAM, mentre un'analoga percentuale preferirebbe che un'informazione provenisse dall'Ordine stesso, come custode e garante della correttezza dell'esercizio della professione medica.

Una risposta concreta di fronte ai rischi di devianze dalla formazione del medico basata sulle evidenze e sul metodo empirico-sperimentale suggerisce di fornire allo studente una formazione ben più solida nella metodologia della ricerca ed in quella clinica, di osservazione del contesto clinico, di interpretazione critica delle informazioni originali, di sviluppo di capacità di operare secondo i criteri virtuosi dell'*Evidence Based Medicine*, di impiegare criticamente le linee-guida, di sviluppare una più approfondita riflessione sul placebo e l'effetto placebo<sup>(5)</sup>.

Accanto a ciò, si dovrebbe - sia nella fase clinica iniziale che durante il tirocinio del 6° anno, con esperienze sia all'interno che all'esterno delle strutture ospedaliere - potenziare l'attitudine ad

un approccio olistico al paziente, al *counselling*, ed al significato ed umanizzazione della professione del medico. D'altra parte, il *core curriculum*<sup>(12)</sup> rende espliciti importanti aspetti relazionali ed in almeno quattro unità didattiche sono fatti espliciti riferimenti a: approccio olistico al paziente, tutela della salute, relazione e comunicazione medico-paziente, educazione alla salute, a sottolineare come nel *core formativo* del CLM questi sono recepiti come valori ed irrinunciabili abilità.

\*\*\*

Si possono formulare due ipotesi per affrontare complessivamente i problemi summenzionati, tenendo conto che i *curricula* formativi dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia comprendono quasi ovunque corsi integrati di Scienze umane e Metodologia clinica, sostanzialmente coincidenti con l'area F comunitaria. Questa prima ipotesi ha come obiettivo quello di portare lo studente alla consapevolezza dell'esistenza di medicine diverse da quella ufficiale. La Tab. 1 sintetizza i due principali momenti e cioè nell'ambito della Metodologia Clinica, della Medicina Interna e della Farmacologia.

#### *Consapevolezza dei principi delle CAM (Metodologia Clinica)*

- Obiettivo didattico specifico: lo studente sarà in grado di valutare criticamente i principi delle CAM, con gli strumenti della metodologia della ricerca e dell'EBM

#### *Analisi e discussione delle fonti scientifiche e delle applicazioni delle CAM nel contesto clinico (Medicina Interna, Farmacologia)*

- Obiettivo didattico specifico: lo studente sarà in grado di fornire un giudizio critico su trattamenti appartenenti alle CAM nell'ambito di patologie di comune riscontro, nel contesto della realtà clinica del paziente

Tab. 1 - Ipotesi di un primo modello didattico.

Questo modello, che introduce una discussione critica sulle CAM in alcuni ambiti, introduce questa problematica nell'ambito di Corsi Integrati (e discipline) e, pur introdotto da un approccio critico in ambito metodologico, propone un modello di apprendimento sostanzialmente aggiuntivo e che non va molto più in là dell'informazione.

Un secondo modello, i cui principi ispiratori



## Sanità pubblica e management nelle facoltà mediche italiane

Giuseppe Nardi (Brescia)

Nel 2003 si è attivato un gruppo di studio sul tema *Sanità Pubblica e Management*, promosso dalla Conferenza Permanente dei Presidenti dei CCLS in Medicina e Chirurgia. Il gruppo era composto da specialisti in Igiene e Medicina preventiva, Medicina del lavoro, Medicina legale, Economia e Statistica.

I due principali obiettivi dello studio erano in un primo momento la verifica dello stato di attivazione degli insegnamenti su argomenti di Sanità Pubblica e di Management nei vari Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e quindi l'esame dei percorsi formativi di Sanità Pubblica e di Management. Si volevano individuare i fondamenti teorici e pratici della Sanità Pubblica non solo nei tre principali Settori Scientifico-Disciplinari (SSD) dell'area di Sanità Pubblica (MED/42 Igiene generale ed applicata, MED/43 Medicina legale, MED/44 Medicina del lavoro) ma anche in altri SSD che possono contribuire alla formazione del laureato secondo il nuovo ordinamento didattico (ad esempio SECS-P03 Scienza delle finanze, SECS-P/06 Economia applicata, SECS-P/07 Economia aziendale, SECS-P/10 Organizzazione aziendale, SPS/09 Sociologia dei processi economici e del lavoro).

Lo strumento di verifica e di lavoro era un questionario che è stato inviato a tutti i presidenti di CCLS in Medicina e Chirurgia delle università italiane. Nel questionario venivano rilevate variabili proprie dell'insegnamento dei SSD MED/42, MED/43 e MED/44 come ad esempio il numero di insegnamenti attivati e la loro distribuzione per anno di corso, il numero delle ore di lezione, i crediti formativi attribuiti, la qualifica e la facoltà di afferenza dei docenti, le modalità delle prove d'esame e variabili relative agli argomenti di Management trattati.

I dati disponibili nel 2004 erano relativi a 33 Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia (73 % del totale) con possibilità di analisi solo su 31 sedi (69 %).

I risultati mostrano che il numero complessivo di insegnamenti attivati per i settori SSD Med 42, Med 43 e Med 44 erano rispettivamente di 87, 58 e 53 e tali insegnamenti venivano svolti soprattutto nel secondo triennio, con percentuali maggiori nel quinto anno di corso. Si è inoltre evidenziato che nel primo triennio si svolgevano principalmente corsi di tipo propedeutico. Un secondo parametro considerato riguardava i Crediti Formativi Universitari (CFU): è stata rile-

vata una media di 6.5 CFU (min 2 – max 11.5) per il SSD MED/42, di 3.9 (min 2 – max 7) per MED/43 e di 3.2 (min 1 – max 9) per MED/44.

Il 39% degli insegnamenti nel SSD MED/43, il 50% per il MED/42 e il 58% per il MED/44 erano tenuti da professori ordinari; i rimanenti venivano svolti da professori associati, da ricercatori e, in piccola percentuale (7%), da docenti a contratto.

Riguardo ai dati relativi all'insegnamento di argomenti di Management (Fig.1), non rilevabili in 8 questionari (26%), si evidenzia che nella maggior parte delle sedi essi venivano trattati in concomitanza con gli insegnamenti del SSD MED/ 42 (42%) oppure con insegnamenti di altri SSD (19%) come ad esempio SECS-P/07 Economia aziendale e SECS-P/06 Economia applicata. Nel 13% dei casi erano trattati sia all'interno degli insegnamenti del SSD MED/42 che in quelli di altri SSD.

I docenti provenivano dalla facoltà di Medicina e Chirurgia per MED/42, MED/43 e MED/44; per gli altri SSD erano afferenti generalmente ad altre Corsi di laurea (Economia, Scienze della formazione, Sociologia).

Benché i risultati di questa rilevazione vadano interpretati con estrema cautela in quanto rappresentativi solo del 69% delle facoltà mediche italiane e sia stata riscontrata una certa disomogeneità nella compilazione dei campi del questionario, si possono comunque trarre alcune conclusioni di carattere generale.

Anzitutto risulta evidente una marcata difformità tra le varie sedi soprattutto per quanto riguarda:

- *la denominazione degli insegnamenti*: ad esempio, accanto a quelli tradizionali figurano, in talune sedi, titoli come "Medicina, etica e scienze umane", "Corso propedeutico di Medicina e Sanità Pubblica", "Scienze del comportamento e promozione della salute", "Sanità Pubblica, Medicina del Lavoro ed EBM", "Medicina di comunità e famiglia";

- *i corsi integrati in cui sono inseriti gli insegnamenti*: accanto a quelli tradizionali figurano, in talune sedi, titoli come "Igiene, medicina legale e del lavoro", "Sanità pubblica, medicina del lavoro e di comunità", "Medicina legale e del Lavoro";

- *il numero di ore assegnate ad ogni insegnamento*, che non risulta sovrapponibile nelle diverse sedi;

- *il numero di ore attribuite ad ogni CFU*: da un minimo di 8 a un massimo di 17.5 per la didattica ex

cathedra, a seconda delle sedi;

- le modalità di espletamento degli esami: orale, scritto o combinato; con votazione in trentesimi o con idoneità;

- l'aderenza dei contenuti didattici al core curriculum.

Riguardo agli argomenti di Management, non riportati nel 26% dei questionari (8 sedi), è da rilevare che, ove presenti, la loro "visibilità" all'interno dei vari insegnamenti risulta generalmente scarsa.

In conclusione, vista la rilevanza che l'insegnamento di argomenti di Sanità pubblica e di Management comporta per il medico in formazione, che sempre più sarà chiamato a confrontarsi con queste tematiche durante la sua professione, sembra opportuno standardizzare i relativi percorsi formativi, in particolare nell'aderenza ai contenuti previsti dal core curriculum e nell'assegnazione del numero di ore di didattica. Sarà necessario inoltre sviluppare modelli didattici per l'insegnamento del Management che sviluppino sinergie tra i contenuti del SSD MED/42 e quelli specifici di altri SSD. A tal proposito nella Tab.1 è riportato un esempio di modello integrato tra diversi SSD per l'insegnamento di argomenti di Management.

In particolare per quanto riguarda gli argomenti previsti dal core curriculum, trovano posto temi quali, ad esempio, l'organizzazione sanitaria internazionale e nazionale, il pluralismo istituzionale (Stato, Regione, Comune: ruoli e competenze), le professioni sanitarie, la Carta dei servizi come patto tra Aziende e cittadini, l'assistenza domiciliare, in residenze protette ed in altri presidi per il paziente anziano, i servizi per il recupero dei tossicodipendenti, degli emarginati, dei disadattati.

Un corso di Sanità Pubblica e Management ha anche la finalità di mostrare ai futuri medici una panoramica dei problemi legati all'erogazione di

Insegnamento di Management	
- Argomenti previsti nel core curriculum all'interno del Corso principale di Igiene e Sanità pubblica (SSD MED/42):	10 ore
- Igiene, tecnica ed organizzazione ospedaliera (SSD MED/42):	8 ore
- Organizzazione e funzione delle ASL (SSD MED/42):	16 ore
- Valutazione di qualità degli interventi sanitari (SSD/MED 42):	7 ore
- Valutazione e gestione sanitaria (SSD SECS-P/06, Economia applicata):	26 ore

Tab. 1- Esempio di modello integrato tra diversi SSD per l'insegnamento di Management nel CLS in Medicina e Chirurgia. Università di Brescia.

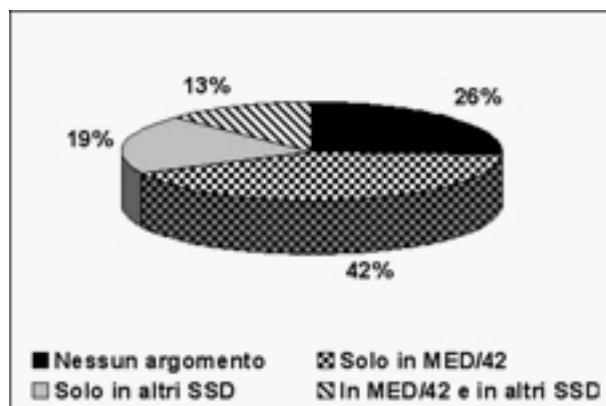


Fig. 1- Presenza degli argomenti di Management nei vari SSD.

servizi sanitari in un contesto come quello italiano caratterizzato dalla compresenza di fornitori pubblici e privati.

Durante il corso vengono presi in considerazione diverse problematiche come l'analisi della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie, soffermandosi in particolare sul rapporto fra medico e paziente, sui problemi della comunicazione fra questi due attori e infine sulla definizione del prodotto in sanità.

Altro tema rilevante riguarda l'organizzazione della fornitura e del finanziamento della spesa sanitaria. A tal proposito si confronteranno diversi modelli di organizzazione sanitaria, evidenziandone gli aspetti positivi e negativi nell'affrontare le tematiche della ripartizione del rischio fra acquirente e fornitore di prestazioni, la definizione dei contratti e la questione dell'allocatione delle risorse.

Inoltre viene esaminata l'evoluzione del nostro Sistema Sanitario nel tempo, la situazione attuale confrontandola con i sistemi sanitari di altri Paesi (USA, Svezia, U.K., Francia, Germania).

Altro tema rilevante nel corso sarà lo studio dei principali metodi di valutazione economica in Sanità e della regolamentazione nel mercato farmaceutico. Si vogliono fornire agli studenti degli strumenti per comprendere sia i metodi utilizzati in economia sanitaria per la valutazione dei diversi progetti sanitari, sia il mercato farmaceutico, focalizzando l'attenzione sul problema del prezzo dei farmaci e del rimborso da parte del SSN.

Infine, dato che il raggiungimento dei suddetti obiettivi implica la pregressa acquisizione di diverse conoscenze e competenze da parte degli studenti di Medicina e Chirurgia, sembra appropriato introdurre gli insegnamenti di Management al V anno del Corso di Laurea Specialistica.

# E-learning in medicina, applicabilità e sperimentazione

Andrea Lenzi (Roma La Sapienza), Fabio Capani (Chieti), Sabrina Luccarini (Roma La Sapienza),  
Giovanni Danieli (Ancona)

## 1. Introduzione

Il 6 maggio 1996, il Consiglio Europeo dei Ministri dell'Istruzione ha adottato, su proposta della Commissione, una *Risoluzione* relativa ai software educativi multimediali nei settori dell'istruzione e della formazione e, successivamente, il 22 settembre 1997 ha adottato delle *Conclusioni* sull'istruzione, sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC) e sulla formazione degli insegnanti di domani. Questi due testi hanno contribuito ad esprimere una coscienza delle problematiche a livello europeo e a delineare un primo quadro generale di una politica comune. Di tali problematiche si è preso coscienza nel momento in cui l'impatto delle TIC si è fatta sentire sempre più forte a tutti i livelli della società. Si stanno infatti verificando grandi cambiamenti nel modo in cui gli individui creano, accumulano, conservano e trasmettono informazioni oltre che nei modi di comunicare. Di conseguenza i sistemi d'istruzione e di formazione sono obbligati a tenere conto di queste evoluzioni per definire un nuovo sistema pedagogico.

## 2. Applicabilità in area sanitaria

L'evoluzione delle Tecnologie Informatiche e di Comunicazione (TIC) sta producendo, senza alcun ombra di dubbio, effetti significativi anche nelle università italiane: molti sono gli esempi dell'impatto delle TIC nella didattica universitaria.

Anche le facoltà mediche hanno recepito il significato e l'importanza di questa trasformazione e la necessità di creare e sperimentare nuovi modelli tecnologici da applicare nell'area sanitaria. Mentre le nuove TIC stanno avendo nelle università differenti effetti sul metodo di insegnamento e di apprendimento, in campo sanitario ci sono molti altri fattori che possano giustificare l'effettiva necessità di utilizzazione delle nuove tecnologie. I processi di implementazione della Dichiarazione di Bologna hanno avuto un impatto sullo sviluppo della struttura dei *core curriculum* e sul controllo di qualità dei processi di educazione universitaria; la crescita del *lifelong learning* e l'aumento di accessi da parte di studenti con un *background* culturale diverso sono altre variabili di cui tenere conto anche nei Corsi di Laurea di area medica. Allo stesso tempo l'aumento della domanda e la conseguente creazione di

un bacino di utenza più grande attrae nuovi *providers*, molti dei quali sono organizzazioni "a scopo di lucro". Questo largo e diversificato mercato potrebbe produrre una tipologia troppo eterogenea di educazione universitaria anche in un campo quale quello medico dove la qualità del prodotto finale (il laureato) dovrebbe essere la più omogenea possibile. Sicuramente tutti questi cambiamenti rappresentano delle sfide ma anche opportunità per attuare positivamente lo sviluppo dell'*e-learning* nei corsi formativi di area sanitaria a partire da un'adeguata sperimentazione nell'ambito delle strutture universitarie.

La formazione a distanza dà grandi potenzialità alla mobilità virtuale degli studenti, peraltro specie in campo medico l'*e-learning* deve essere complementare e non rimpiazzare la mobilità fisica. Nel settore dell'insegnamento universitario e post-universitario in area sanitaria, le frontiere fra offerta di formazione a distanza e offerta di formazione classica si integrano per contribuire alla costituzione di un modello misto di insegnamento e apprendimento.

## 3. Progetto sperimentale

La Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia ha sviluppato al suo interno un ampio dibattito relativo alle potenzialità ed all'applicabilità della didattica a distanza nei CLS in Medicina e Chirurgia (come testimoniano i numerosi contributi pubblicati su questa stessa rivista). Poiché anche la didattica universitaria può essere considerata un campo di sperimentazione e ricerca scientifica, è stato proposto un Progetto di ricerca di interesse nazionale (Prin 2004) cofinanziato dal MIUR, composto da tre unità operative (CLS di Ancona, CLS "D" della I Facoltà de "La Sapienza" di Roma e dal CLS di Chieti), basato sull'analisi ed applicazione di modelli scientifici di valutazione delle nuove tecnologie di formazione a distanza in area sanitaria.

Si sono distribuiti nelle due fasi del programma di ricerca gli obiettivi stabiliti; nella prima le tre unità operative hanno individuato una piattaforma informatica adeguata all'applicabilità nell'ambito del progetto di ricerca; nella seconda, in via di realizzazione, l'obiettivo principale sarà quello di realizzazione moduli didattici con flessibilità d'applicazione, tali da

consentire la realizzazione di un *software* esportabile su varie piattaforme.

I moduli didattici già realizzati sono composti anche da un'Aula virtuale, da *chat* e da una lavagna elettronica tra loro distinte, per avere moduli facilmente installabili e utilizzabili, indipendente l'uno dall'altro. Questa caratteristica dà l'opportunità, in base alle esigenze, di predisporre un ambiente sincrono quanto più adatto al tipo di piattaforma *e-learning* che lo ospiterà.

Inoltre, nell'ambito dei moduli didattici già predisposti, sono stati realizzati dei video con giochi di ruolo dedicati alla presentazione di varie tipologie di rapporto medico/paziente. Tali video, realizzati da alcuni colleghi che si sono prestati a svolgere il ruolo del paziente oltre a quello del medico, proponendo i più comuni errori di interrelazione e le corrette modalità di tale rapporto, sono stati presentati per la prima volta durante la Conferenza dei Presidenti dei CLS in Medicina e Chirurgia a Roma lo scorso 14 Maggio 2005.

Dal primo semestre dell'a.a. 2005-2006 nella I Facoltà di Medicina e Chirurgia di Roma de "La Sapienza" la sperimentazione verrà estesa ai CLS "A", "B", "C" e "D" della Facoltà, dove già nell'a.a. passato il CLS "D" aveva testato due moduli didattici inerenti l'*Evidence Based Medicine*.

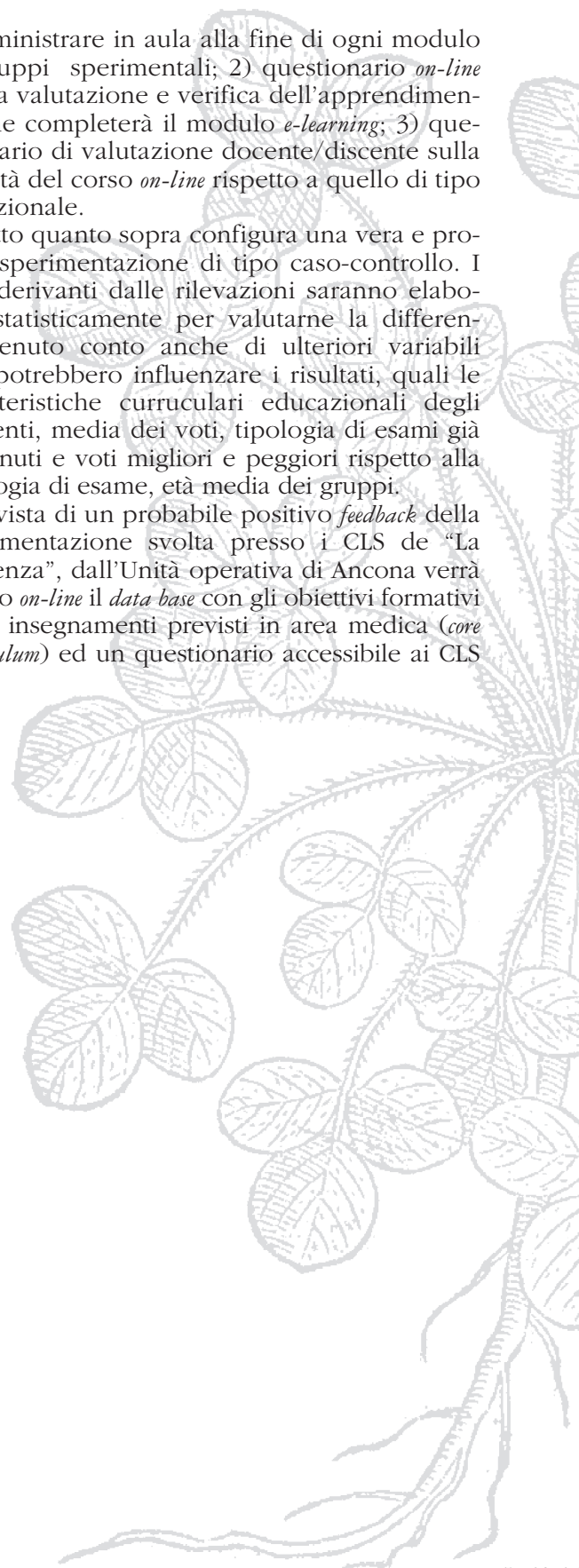
La sperimentazione vedrà coinvolti gli studenti, suddivisi in piccoli gruppi, che ne verificheranno l'efficacia e la solidità, soprattutto in ambito di velocità di erogazione. Inoltre ci si propone di valutare il raggiungimento degli obiettivi del corso attraverso strumenti di valutazione tradizionali quali questionari cartacei e *on-line*. Ai gruppi di studenti verranno somministrati questionari di valutazione di apprendimento prima e dopo la loro partecipazione al modulo formativo a distanza. I questionari saranno predisposti al fine di valutare la reale capacità pedagogica del modulo didattico. I gruppi di studenti sottoposti al nuovo modello a distanza saranno paragonati con altri gruppi di studenti di pari numerosità e anno di corso che frequentano didattica frontale sullo stesso argomento e con gruppi sottoposti ad una tipologia di formazione mista che prevede una parte di didattica *on-line*, relativa alla componente nozionistica, ed una parte di didattica frontale, basata sulla presentazione di casi clinici. Anche a questi gruppi di studenti saranno somministrati i questionari di valutazione di apprendimento pre e post attività formativa.

Verranno costruiti e proposti tre differenti questionari: 1) questionario a domande chiuse: 30 domande per un tempo di 30 min., da

somministrare in aula alla fine di ogni modulo ai gruppi sperimentali; 2) questionario *on-line* per la valutazione e verifica dell'apprendimento che completerà il modulo *e-learning*; 3) questionario di valutazione docente/discente sulla qualità del corso *on-line* rispetto a quello di tipo tradizionale.

Tutto quanto sopra configura una vera e propria sperimentazione di tipo caso-controllo. I dati derivanti dalle rilevazioni saranno elaborati statisticamente per valutarne la differenza, tenuto conto anche di ulteriori variabili che potrebbero influenzare i risultati, quali le caratteristiche curricolari educazionali degli studenti, media dei voti, tipologia di esami già sostenuti e voti migliori e peggiori rispetto alla tipologia di esame, età media dei gruppi.

In vista di un probabile positivo *feedback* della sperimentazione svolta presso i CLS de "La Sapienza", dall'Unità operativa di Ancona verrà messo *on-line* il *data base* con gli obiettivi formativi degli insegnamenti previsti in area medica (*core curriculum*) ed un questionario accessibile ai CLS



TRIFOGLIO

con lo scopo di individuare gli argomenti multidisciplinari di più alto interesse scientifico in area sanitaria. L'individuazione di tali *hot topics* del *core curriculum* sarà necessaria per la messa in opera di ulteriori moduli didattici *on-line* che potranno essere testati da tutti i CLS di Medicina e Chirurgia italiani interessati. I moduli *e-learning* andranno a far parte del data base della formazione a distanza dei CLS in area sanitaria.

Ulteriore prodotto della sperimentazione dovrebbe essere quello di produrre, alla fine del II anno, un manuale per la realizzazione ed utilizzazione di moduli di formazione didattica *on-line* in area sanitaria.

Sempre nella seconda fase del Progetto di ricerca l'unità di Chieti si prefigge di realizzare un sistema integrato *hardware/software* da mettere a disposizione di studenti e perfezionandi in odontoiatria. Sebbene da molti anni, in ambito stomatologico si tenti di utilizzare sistemi integrati di realtà virtuale per permettere ai propri studenti di esercitarsi su pazienti virtuali, non esistono ad oggi esperienze del

genere nel campo dell'odontoiatria clinica. Il sistema ipotizzato utilizzerebbe le caratteristiche interfacce che la realtà virtuale mette a disposizione: i *data gloves* e i *data helm* (meglio ancora un *Haptic*), interfacciati con un sistema *software* che simuli il protocollo operativo utilizzato dal clinico per inserzione di un impianto endo-osseo. Tramite un programma di modellazione tridimensionale ed un restitutore VRML (*Virtual Reality Modeling Language*) si provvederà alla realizzazione di un distretto anatomico cranio-facciale digitale che risponda in modo coerente alle azioni che l'esercitando esegue grazie all'interazione degli strumenti che ha a disposizione (bisturi, turbina, leve chirurgiche etc) interfacciata con i *data gloves*.

#### 4. Conclusioni

Il Progetto di ricerca sopra descritto, che si propone di realizzare da un lato un prodotto applicativo in campo odontoiatrico (unità di Chieti) e dall'altro dei dati scientificamente controllati relativi all'utilità della didattica a distanza in ambito medico (unità di Roma e di Ancona), risponde alle esigenze proposte dalla Conferenza nella fase di dibattito e di progettazione relativa all'applicabilità della didattica a distanza e di quella virtuale in ambito sanitario.

Le esigenze espresse erano infatti di: 1) creare modelli flessibili ed applicabili nelle varie realtà nazionali; 2) creare l'opportunità di sperimentare e valutare la qualità della didattica a distanza in campo medico, con metodologie oggettive; 3) creare sistemi di integrazione tra la didattica tradizionale e quella *e-learning*; 4) creare moduli didattici accettabili sia dagli studenti sia dal corpo docente senza interrompere la continuità del rapporto docente/discente anzi, ove possibile, implementandola grazie a sistemi di interazione sincrona; 5) sfruttare al massimo le potenzialità dei sistemi *on-line* specie per quelle tipologie di didattica nelle quali la presentazione dei problemi mediante didattica interattiva può sviluppare l'interesse del discente, quali per esempio filmati relativi ai giochi di ruolo; 6) sfruttare la didattica *on-line* per integrare al meglio la clinica, le metodologie informatiche, le potenzialità di reperimento di materiale bibliografico su web e l'apprendimento dell'inglese scientifico; 7) utilizzare le potenzialità delle tecnologie della realtà virtuale per costruire prodotti utili all'attività professionalizzante in area sanitaria.

## Autovalutazione e accreditamento

Massimo Casacchia (L'Aquila)

Il principio dell'autonomia ha favorito processi di responsabilizzazione tra cui va segnalata l'introduzione nel sistema universitario a tutti i livelli di una vera cultura della valutazione. È questo il motivo per cui la valutazione dei risultati sta diventando la "filosofia" dell'intero sistema universitario.

La valutazione all'interno di ciascuna sede dovrà essere realizzata attraverso un processo di verifica del raggiungimento di obiettivi prefissati con una conseguente modulazione dell'assegnazione delle risorse. Ciò potrà prevedere una fase preventiva di discussione con le realtà sociali del territorio sulle linee strategiche connesse alla definizione degli obiettivi e sui bisogni di formazione, nonché una fase consuntiva di valutazione del grado di raggiungimento degli stessi.

La valutazione delle attività del sistema e quindi delle singole sedi universitarie dovrà essere affidata ad una *authority* "terza" rispetto sia al MIUR che alle Università e deve considerare tutti gli aspetti della vita degli Atenei.

Le attività delle singole università e del sistema nel suo complesso dovranno essere misurate attraverso indicatori specifici per ciascuna *performance* e per ciascuna area scientifica attraverso l'analisi, anche qualitativa, dei rapporti tra obiettivi, risorse e risultati effettivamente raggiunti.

Va tuttavia ribadito con chiarezza che è indispensabile, per poter entrare in modo corretto in questa prospettiva generale di funzionamento del sistema che affida un ruolo centrale alla valutazione, che le università si preparino ad affrontare la valutazione esterna attraverso processi di auto valutazione o di certificazione volontaria di eccellenza tra pari. In questa ottica di "allenamento volontario" la Conferenza Permanente dei presidenti dei Corsi di laurea ha da tempo affrontato la questione cruciale e strategica della valutazione critica dell'offerta didattica ritenendo tale procedura necessaria per garantire percorsi formativi sempre più completi ed aggiornati.

### L'interesse e la necessità della valutazione

L'amplificazione dell'interesse e delle energie riservate dalla Conferenza alla valutazione era una risposta non casuale ma consapevole, all'accelerazione progressiva e alla pressione della Commissione Nazionale Valutazione del

Sistema Universitario e della CRUI:

L'attenzione alla qualità del "prodotto" fornito dal Sistema Universitario e all'allocatione delle risorse hanno segnato una modificazione dei rapporti tra Università e Ministero, tra Università e mondo del lavoro, tra Università ed altre Istituzioni interessate la qualità della formazione.

Tali modificazioni permettono di cogliere l'esigenza crescente di una valutazione multi dimensionale del sistema formativo per prevenire eventuali interventi cosiddetti "punitivi" da parte degli organi di controllo e per garantire una preparazione idonea degli studenti.

La circolare 335 del 3/07/2003 rappresenta per le Università un vero progetto politico di cui è necessario tener conto.

Infatti non è possibile ignorare tale documento per le conseguenze che a breve produrrà negli Atenei, nella Facoltà e nei Corsi di Laurea inadempienti o con eccessive criticità. Il ministero ha chiaramente identificato obiettivi da raggiungere, quali la riduzione dei tassi d'abbandono dopo il I° anno, l'aumento del numero dei cosiddetti "studenti attivi frequentanti", la riduzione dei tempi necessari per il conseguimento dei titoli di studio, il rafforzamento del rapporto con il mondo del lavoro, l'aumento della mobilità degli studenti e dei docenti. La circolare ministeriale identifica, inoltre, le risorse importanti che devono essere presenti per garantire il raggiungimento di tali obiettivi, quali per esempio, la presenza di strutture per l'accoglienza delle matricole e strumenti di sostegno quali i servizi di tutorato, lo sviluppo di indirizzi internet per facilitare i rapporti tra studenti e l'istituzione universitaria, l'esistenza di un test orientativo preliminare all'iscrizione, l'esistenza di un test per la valutazione dei debiti formativi, l'esistenza di corsi per il recupero dei debiti formativi, l'esistenza di tutori in un rapporto di 1/20, l'esistenza di tutorato in uscita.

A partire dall'anno accademico 2005/2006, le verifiche sull'offerta formativa terranno conto anche dei risultati di processo con effetti sui criteri di ripartizione delle risorse statali relativamente ad un numero più ristretto di requisiti che di seguito elenco:

- a. percentuale di abbandono dopo un anno
- b. percentuale di immatricolati che non otten-

gono un numero sufficiente di crediti dopo il I° anno

c. percentuale di laureati

d. percentuale di occupati.

Tutti questi parametri saranno ben esposti e ben visibili nel manifesto degli studi e saranno quindi un'occasione di riflessione da parte degli studenti in procinto di scegliere una sede piuttosto che un'altra.

### **Il lavoro di coordinamento della Commissione Valutazione per la buona formazione del medico**

Tenendo presenti le considerazioni su esposte, come sfondo al nostro operare, va chiarito che la Conferenza, ed in questo caso la Commissione Valutazione, pur tenendo presenti gli indicatori numerici, ha promosso criteri di tipo qualitativo nel tentativo di garantire una buona formazione per il medico. Va ricordato che nella *macroarea Valutazione* istituita nell'ambito della Conferenza Permanente, e voluta con lungimiranza dal Prof. Danieli, hanno lavorato il gruppo di Valutazione dell'Efficacia della Didattica (gruppo V.E.D.I.) coordinato dal Prof. Gallo, che presenta i risultati del lavoro in questa stessa rivista. Così pure in questo numero verrà presentato il lavoro della Prof.ssa Binetti e quello sul Diploma Supplement del Prof. Azzera. Un sottogruppo di questa Commissione si è dedicato alla stesura di un manuale di auto valutazione di cui parlerò brevemente in questa relazione, ricordando che alcuni aspetti del questionario sono stati ripresi in modo più sintetico e fruibile dal Prof. Andrea Lenzi che ha dato vita alle *site visits*.

Tale Manuale Questionario di Auto valutazione formulato a cura del Prof. Pier Luigi Morosini dell'Istituto Superiore di Sanità e da chi scrive in realtà rappresenta un'evoluzione rispetto ad un primo questionario, proposto in occasione della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia a Bari nel dicembre 2003, che si ispirava fortemente al modello di Campus One.

Una serie di giuste critiche al questionario relative alla complessità del linguaggio utilizzato, che pur voleva rappresentare un'evoluzione migliorativa rispetto a quello formulato da Campus One, ha fatto pensare alla riformulazione di un documento più semplice e più fruibile.

Il Manuale Questionario di Auto valutazione proposto non esige particolari consigli per l'uso. Si possono comunque proporre due principali suggerimenti: anzitutto si consiglia una prima lettura a partire dai paragrafi che appaiono di

interesse generale da parte del Presidente del Corso di laurea e della Commissione Didattica in modo tale da poter delineare una strategia di diffusione a tutti i Docenti; inoltre, si consiglia di preparare un incontro con tutti i docenti per illustrare il Manuale Questionario e mettere in evidenza l'importanza dell'auto-valutazione.

Il Questionario di auto-valutazione va inteso quale fonte di idee su cui gradualmente lavorare in gruppo o singolarmente per migliorare l'offerta formativa; quale sprone per il Consiglio di corso di Laurea, per la Commissione Didattica e le varie sotto commissioni a rivedere o stilare brevi documenti scritti e procedure chiare per garantire uniformità di comportamenti; va inteso, infine, come utile strumento di stimolo, di riferimento per uno scambio di visite reciproche, in un'ottica di addestramento all'auto valutazione, di diffusione delle iniziative migliori e di formazione reciproca.

Il Manuale è composto da due parti: la parte A che deve essere compilata dai Presidenti del Corso di Laurea e da chi li affianca nel lavoro di coordinamento; la parte B destinata ai singoli docenti responsabili dei corsi Integrati e da chi li affianca nel coordinamento del corso in esame.

Nella parte A si è rovesciata la piramide solita dei requisiti: si parte da quelli relativi ai risultati cruciali e si finisce con quelli relativi alla organizzazione generale.

Ci sembra infatti ovvio che, prima di giudicare quello che si fa, si debba giudicare quello che si ottiene. Questa versione si ispira volutamente al modello di accreditamento della *European Foundation for Quality Management*, e a però riunito per i singoli argomenti o requisiti la trattazione degli *Strumenti (enabler)*, cioè dei Documenti di indirizzo e di istruzione dei Processi effettuati e dei mezzi di verifica con la selezione relativa alla trattazione dei Risultati.

Anche da questo punto di vista si tratta di una impostazione originale, crediamo meno frammentata, meno ripetitiva e più facilmente comprensibile, rispetto a quella fornita dal modello utilizzato da CampusOne.

Quasi per ogni requisito si richiedono tre giudizi: a) uno sui documenti di indirizzo, di progettazione e di istruzione; b) uno sui processi, ossia sulle attività svolte, comprese la predisposizione e la rilevazione di indicatori, e c) uno sui risultati ottenuti. E' ovvio che nella valutazione complessiva i risultati, se noti, hanno la prevalenza sui processi e questi sui documenti scritti.

Il *Manuale Questionario* che è reperibile nel numero 24 dei Quaderni delle Conferenze

Permanenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia, sarà sicuramente ripreso dalla nuova Conferenza e probabilmente reso più semplice mantenendo però lo stesso valore relativo alla necessità di procedere ad una valutazione che riguarda comunque il Corso di Studio visto come un insieme di attività fra loro collegate. La valutazione infatti deve investire ogni attività, ogni segmento del processo formativo tenendo sotto controllo il processo complessivo. Quindi, il monitoraggio deve avvenire non unicamente sul risultato finale ma attraverso gli indicatori intermedi utili per seguire *in itinere* l'andamento del corso.

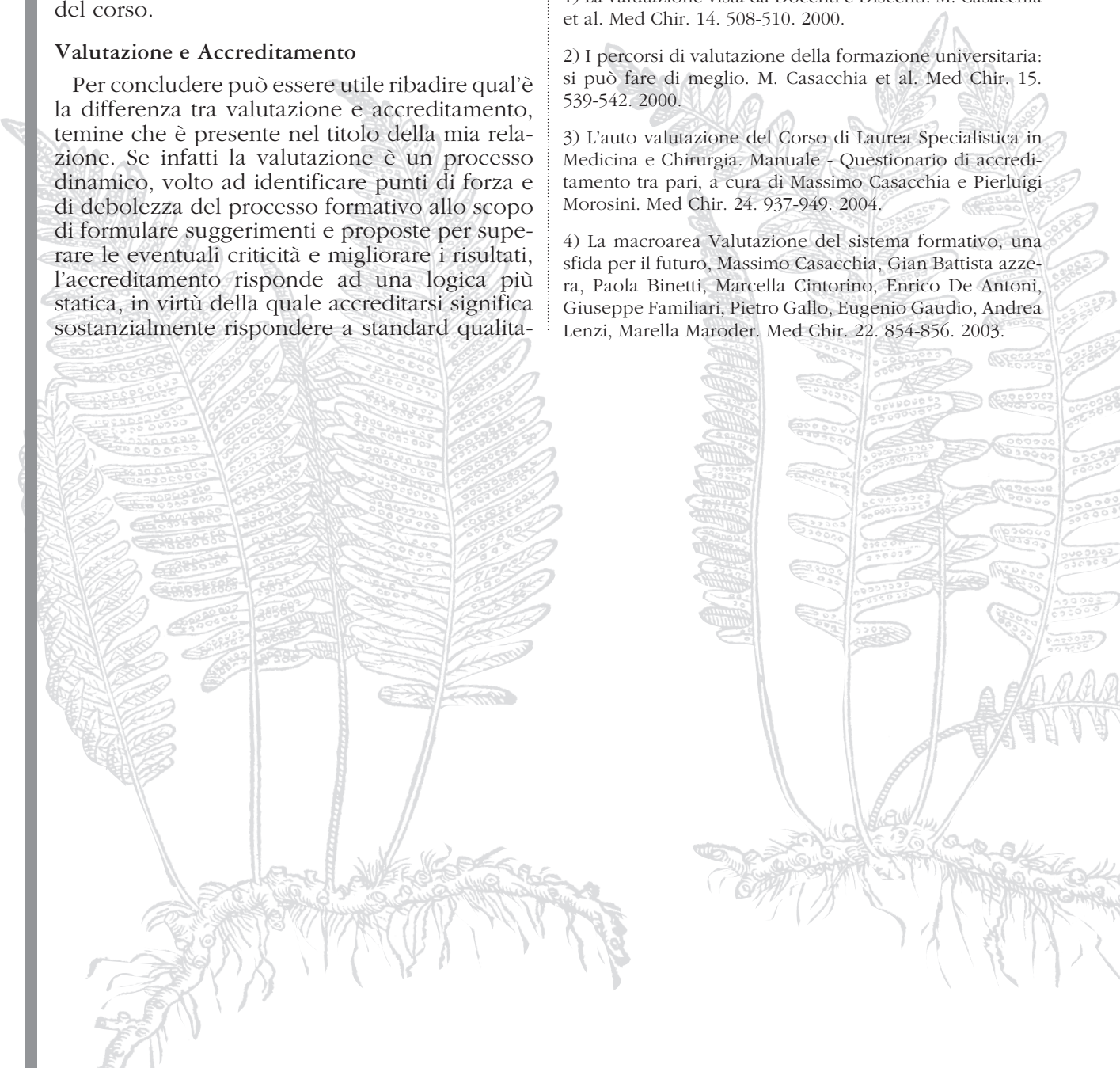
### Valutazione e Accredimento

Per concludere può essere utile ribadire qual'è la differenza tra valutazione e accreditamento, termine che è presente nel titolo della mia relazione. Se infatti la valutazione è un processo dinamico, volto ad identificare punti di forza e di debolezza del processo formativo allo scopo di formulare suggerimenti e proposte per superare le eventuali criticità e migliorare i risultati, l'accreditamento risponde ad una logica più statica, in virtù della quale accreditarsi significa sostanzialmente rispondere a standard qualita-

tivi predefiniti all'esterno del corso di studio. La Conferenza dei Presidenti dei Corsi di Laurea, come si è potuto ben capire, sta lavorando per migliorare le capacità di auto valutazione, per sottoporsi ad ulteriori *site visits*, recependo tutte quelle preziose proposte portate avanti dal gruppo del Prof. Gallo, dal Prof. Tenore e dalla Prof.ssa Binetti in tema di miglioramento della qualità della didattica. Questo continuerà ad essere il nostro programma comune.

### Bibliografia

- 1) La valutazione vista da Docenti e Discenti. M. Casacchia et al. Med Chir. 14. 508-510. 2000.
- 2) I percorsi di valutazione della formazione universitaria: si può fare di meglio. M. Casacchia et al. Med Chir. 15. 539-542. 2000.
- 3) L'auto valutazione del Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia. Manuale - Questionario di accreditamento tra pari, a cura di Massimo Casacchia e Pierluigi Morosini. Med Chir. 24. 937-949. 2004.
- 4) La macroarea Valutazione del sistema formativo, una sfida per il futuro, Massimo Casacchia, Gian Battista Azze-  
ra, Paola Binetti, Marcella Cintorino, Enrico De Antoni, Giuseppe Familiari, Pietro Gallo, Eugenio Gaudio, Andrea Lenzi, Marella Maroder. Med Chir. 22. 854-856. 2003.



# On site visit di valutazione fra pari

Andrea Lenzi (Roma La Sapienza), Sabrina Luccarini (Roma La Sapienza), Giovanni Danieli (Ancona)

## Introduzione

La Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale (CLM) in Medicina e Chirurgia ha intrapreso ormai da anni un "percorso di qualità" basato sia su rigorosi principi di 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.

Per questo è stato messo a punto un sistema di VRQ basato su *on site visits* di valutazione fra pari articolato in due fasi, la prima basata sull'auto compilazione da parte di ogni CLM di un questionario contenente i dati principali del MQ messo a punto per i CLM in Medicina e Chirurgia, la seconda durante la quale si sono svolte visite di valutazione presso i singoli CLM in Medicina e Chirurgia; questo allo scopo di rilevare ed evidenziare gli aspetti più innovativi nell'applicazione dell'autonomia didattica dei CLM, di realizzare una maggiore integrazione/omogeneità nelle attività formative dei CLM (tenendo anche in considerazione il riconoscimento professionale del titolo di studio a livello comunitario), di identificare i punti di eccellenza da rendere comuni ai CLM 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 CLM, le varie Commissioni si sono recate presso le singole 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.

Vengono qui di seguito riportati i principali dati scaturiti dalle valutazioni dei 45 Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia.

## 2. Corpo docente

Il numero di Docenti "incardinati" è per oltre il 75% dei CLM in MeC superiore alle 60 unità. Peraltro del restante 25% oltre il 10% dei corsi ha meno di 45 Docenti; l'insufficiente numero di formatori in tutti gli SSD si traduce in una carenza che riguarda anche gli SSD delle atti-

ività di base o caratterizzanti, ove l'assenza di ben 6 SSD si verifica nel 25% dei corsi di laurea da MED/01 a MED/44; il problema è ora all'attenzione della Conferenza per un'attività di supporto e sostegno alla rapida crescita del Corpo Docente, considerando anche che negli SSD clinici il singolo Docente, dedicato alla didattica frontale, non può essere considerato sufficiente per le numerose attività di didattica pratica e professionalizzante che il corso richiede.

## 3. Requisiti didattico strutturali

In questo ambito i Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia visitati si sono dimostrati decisamente adeguati alle aspettative. Infatti tutti i 45 CLM presentano una disponibilità più che sufficiente di aule, alette, biblioteche, sale lettura, laboratori linguistici ed informatici, con l'unica eccezione degli spogliatoi per l'accesso alle esercitazioni cliniche, ancora inadeguati. La numerosità di queste risorse strutturali si è dimostrata sempre proporzionata alle dimensioni del corpo studentesco. La presenza di tali infrastrutture garantisce un adeguato supporto alla frequenza obbligatoria, che nei corsi di laurea è uno dei punti cardine irrinunciabili della didattica.

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

Le strutture di diagnostica clinica e di ricerca collegate con la didattica universitaria sono in genere in numero adeguato anche se vi è ancora in alcune sedi un ridotto numero di laboratori di analisi e di ricerca. Queste carenze potrebbero coincidere con la crisi di "vocazione" di medici di laboratorio e di medici indirizzati alla ricerca di base osservata negli ultimi anni in alcune regioni italiane.

## 5. Organizzazione didattica

L'integrazione fra gli insegnamenti all'interno dei Corsi Integrati e fra gli stessi Corsi Integrati, è una specificità ed un "fiore all'occhiello"

dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia che perseguono questo goal già dall'introduzione della Tabella XVIII/96. Queste integrazioni, orizzontali nell'ambito del singolo anno di corso di laurea e verticali fra gli anni del corso, risultano indispensabili per la tipologia della didattica in tutta l'area sanitaria ma non hanno ancora una piena attuazione e maturazione in tutte le sedi.

Per la didattica frontale tutti i corsi di laurea 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 pratica e per l'attività formativa professionalizzante esiste invece una grande difformità di distribuzione delle varie tipologie fra i CLM (corsi interattivi, didattica a piccoli gruppi, didattica professionalizzante sul campo).

Sempre in tema di organizzazione didattica vanno segnalate alcune punte di eccellenza con sperimentazione di tecnologie innovative, come ad esempio i Corsi *e-learning blended*, che uniscono l'apprendimento della materia clinica mediante l'interazione studente-docente *on-line* di tipo sincrono a quello dell'informatica, della ricerca bibliografica e dell'inglese scientifico, 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 superarli e rendere più omogenea la situazione nazionale, sono il numero di appelli di esame e gli "sbarramenti" per l'iscrizione da un anno all'altro; quest'ultimo aspetto in particolare è stato interpretato in modo del tutto differente nei 45 CLM e si va da un estremo all'altro: in alcune sedi 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 corsi, al contrario, non viene 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.

#### 6. Requisiti tecnico organizzativi

Dei 45 corsi di laurea visitati, si è rilevato che in tredici non è prevista la presenza di personale tecnico amministrativo autonomo dedicato esclusivamente alla segreteria didattica del CLM. 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 di medicina, 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 di Ateneo. Questo presupposto di autonomia di strutture didattiche va esteso anche alla gestione finanziaria del CLM.

L'assegnazione di fondi dedicati all'organizzazione e gestione didattica attribuiti direttamente ai Corsi di laurea, se estesa, stimolerebbe una sana "competizione amministrativa" fra pari.

A quanto suddetto fa riscontro un'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. L'organizzazione didattica è completata da Coordinatori di semestre e di Corso Integrato, questi ultimi presenti in modo sufficientemente omogeneo sul territorio nazionale.



La frequenza delle riunioni indette dai Consigli di CLM, il lavoro 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 appaiono differenti e non omogenee nelle varie sedi visitate. Per questo la collaborazione sempre più stretta fra la Conferenza dei Presidenti e la Conferenza dei Presidi di Medicina e Chirurgia si sta rivelando un'arma vincente per la collegialità e condivisione delle problematiche organizzative e di politica accademica.

Infine, la cultura della valutazione interna della didattica è ampiamente diffusa in tutti i CLM. I questionari di valutazione vengono distribuiti e compilati dagli studenti con frequenza regolare, ma, non tutti i corsi di laurea hanno ancora introdotto il questionario di valutazione dell'organizzazione e della qualità didattica compilati dai Docenti. Per quanto riguarda il questionario di valutazione degli studenti, si ritiene che sarebbe utile creare un questionario *ad hoc* per i nostri corsi di laurea. 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 corsi di laurea di area non sanitaria del medesimo Ateneo.

## 7. Conclusioni

Dopo questa prima tornata di *on site visits* di valutazione fra pari possiamo concludere che la situazione nazionale dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia si presenta abbastanza omogenea e di alta qualità.

Fra le poche criticità riscontrate, si possono ricordare quelle presenti in alcune sedi per la carenza di Docenti degli SSD caratterizzanti, per la mancanza di Personale amministrativo e di fondi autonomi che renderebbero maggiormente competitivi i corsi di laurea. 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 si fa parte attiva per cercare di trovare le opportune soluzioni, vi sono numerose situazioni di eccellenza legate ad un Corpo Docente 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 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 corsi di laurea 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 CLM visitati e creata *ex novo* in pochi anni dall'entrata in vigore del nuovo ordinamento didattico stabilito dalla 509/99.

Per concludere, questa prima esperienza di *on site-visit*, oltre ad essere stato un successo dovuto alla capacità di cooperazione ed alla disponibilità dei CLM visitati, conseguenza del forte potere aggregante della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM in Medicina e Chirurgia, 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.



## Valutazione dell'apprendimento

Pietro Gallo (Roma La Sapienza) e il Gruppo VEDI: Gian Battista Azzena (Roma Università Cattolica), Massimo Casacchia (L'Aquila), Enrico De Antoni (Roma La Sapienza, CLS "B"), Carlo Della Rocca (Roma La Sapienza, CLS "E"), Giuseppe Familiari (Roma La Sapienza, II Facoltà), Eugenio Gaudio (Roma La Sapienza, CLS "A"), Andrea Lenzi (Roma La Sapienza, CLS "D"), Marella Maroder (Roma La Sapienza, CLS "E"), Andrea Modesti (Roma Tor Vergata)

### Introduzione

La *cultura della valutazione* si sta facendo strada nell'istruzione pubblica italiana, ad onta di evidenti ostacoli che derivano, tra l'altro, dalla difficoltà di individuare indicatori di risultato oggettivi.

In questo contesto, la Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina si è dotata di strumenti specifici, quali il Gruppo VEDI (l'acronimo sta per Valutazione dell'Efficacia Didattica e criteri di Incentivazione).

I primi risultati concreti di tali iniziative sono state la creazione di un manuale per l'accreditamento<sup>1</sup> (ne riferisce Massimo Casacchia in questo numero) e un programma articolato di *on-site visits* "fra pari", tra Presidenti di Corso di Laurea in Medicina<sup>2-3</sup> (ne scrive, sempre in questo numero, Andrea Lenzi).

Il Gruppo VEDI ha anche elaborato un elenco di *criteri per la valutazione dell'efficacia didattica* che è stato approvato dalla Conferenza dei Presidenti di CLS e successivamente trasmesso alla Conferenza dei Presidi. Tali *criteri* includono tanto la *percezione soggettiva dello studente*, espressa attraverso i questionari di valutazione, quanto *parametri oggettivi di qualità della didattica*, quali la *competenza pedagogica* del docente; la *fondatezza dei prerequisiti scientifici* sui quali si basa la sua competenza didattica; alcuni parametri di *impegno didattico-pedagogico*; e la definizione di alcuni *indicatori di risultato*, partendo dall'assunto che un bravo docente forma studenti preparati e, quindi, che la presenza di studenti preparati è indice di un bravo docente.

L'unico risultato *atteso* di una didattica efficace è che gli studenti, alla fine del corso abbiano *acquisito le competenze* previste. Parallelamente, il risultato più facilmente *misurabile* è che gli studenti *superino gli esami* di profitto. Questi due obiettivi dovrebbero – ovviamente – coincidere, ma il Gruppo VEDI ha deciso di verificarne la congruità, anche per "pesare" l'impatto di due tipologie di docente che scardinano il rapporto tra valutazione dell'apprendimento e superamento dell'esame di profitto: i *docenti killer* e i *docenti complici*. I primi sono in genere professori molto preparati ed assiduamente dedicati alla didattica, ma che sono talmente esigenti al momento della prova

di valutazione che i loro studenti sono competenti ma superano l'esame con difficoltà e con voti bassi. I secondi, invece, vedono nella didattica una sorta di *sinecura* ed instaurano un *patto scellerato* con lo studente, ovvero compensano lo scarso impegno didattico con un atteggiamento molto tollerante in sede di esame, con il risultato che i loro studenti superano l'esame con facilità e con voti elevati, ma sono in genere ben poco preparati. L'esistenza di queste due tipologie di docenti era ben nota in termini aneddotici, ma mancava una misura in qualche modo oggettiva dell'entità del fenomeno.

Il Gruppo VEDI è partito da un'analisi su un ampio campione di prove di valutazione (sono stati scrutinati 21.056 esami<sup>4</sup> in 16 diversi Corsi di Laurea in Medicina italiani) ed ha finito per individuare quelle che – a nostro avviso – dovrebbero essere le caratteristiche di un esame ideale: una prova obiettiva, pertinente, interdisciplinare, e calibrata.<sup>5</sup>

### Un esame obiettivo

Un *test* di laboratorio è obiettivo quando è riproducibile, ovvero quando è ridotta al minimo la variabilità inter-osservatore ed intra-osservatore. Lo stesso principio è valido per qualsiasi test, incluso l'esame di profitto. Pertanto se la modalità dell'esame che è assolutamente prevalente nei corsi di laurea in medicina italiani, ovvero la prova orale, fosse obiettiva, non dovrebbe esserci differenza di giudizio tra un esame e l'altro e tra una commissione e l'altra. Lo studio prima citato,<sup>4</sup> invece, ha dimostrato l'esistenza di una eccessiva variabilità nei criteri di valutazione.

Una prima fonte di variabilità è tra un Corso di Laurea e l'altro. Nel campione valutato il voto medio tra tutti gli esami del medesimo corso di laurea aveva un intervallo di variazione di quasi tre punti (dal 25,0 di un CLS al 27,9 di un altro), e il numero di studenti promossi alla prima sessione utile (dal 12,8 al 75,4%), o entro le prime tre sessioni utili (dal 37,5 al 99,0%), oscillava ancora più ampiamente. Questa variabilità può tradire la differenza esistente tra sedi grandi e piccole e tra corsi di laurea statali e privati, ma rifletterà sempre di più, in futuro, uno dei frutti dell'autonomia universitaria, ovvero la creazione di

corsi di laurea con una propria *mission* specifica, capaci di attrarre una popolazione studentesca selezionata.

Diverso è invece il significato della variabilità di risultato tra un tipo di esame e l'altro. Anche qui le differenze si sono rivelate molto consistenti, con un gradiente, in termini di voto medio, dagli esami del I a quelli del VI anno. Nel campione nazionale studiato, il voto medio degli esami del I anno rimane al di sotto del 25, si aggira intorno al 26 con gli esami del II anno, raggiunge il 27 con quelli del III e IV anno, e supera il 28 con quelli del V e VI anno. Questo gradiente può riflettere la crescente abilità dello studente ad adattarsi al sistema-valutazione universitario, ma probabilmente tradisce anche la differenza tra le competenze che i diversi corsi tendono ad impartire: essenzialmente conoscitive nei primi anni e sempre più operative e relazionali negli ultimi anni. Ciò non significa, evidentemente, che sia più difficile per lo studente imparare la formula di struttura di una molecola piuttosto che imparare a praticare un prelievo intra-arterioso, ma che l'attuale sistema di valutazione, basato sulla sola prova orale, riesce a valutare assai bene, e con la dovuta severità, l'acquisizione delle competenze conoscitive, ma non è altrettanto efficace nel testare la reale acquisizione delle competenze operative.

La variabilità che più mette in crisi l'obiettività dell'attuale esame orale è, comunque, la differenza esistente tra diverse commissioni dello stesso esame, in corsi di laurea diversi. Se la difficoltà di uno specifico esame fosse oggettiva, tutti gli studenti che affrontano la medesima prova nei vari CLS dovrebbero avere un voto analogo. Al contrario, la variabilità tra i voti medi riportati nel medesimo esame nelle varie sedi non rimane mai al di sotto dei tre punti e raggiunge o supera i quattro punti per esami pur diversissimi tra loro, come Anatomia Umana (da 23,7 a 28,3), Biochimica (da 24,2 a 28,4), Patologia Generale (da 24,0 a 28,3), Anatomia Patologica (da 23,7 a 30), Specialità Chirurgiche (da 25,0 a 30), Igiene (da 25,6 a 29,6) e Medicina Interna (da 25,5 a 29,5). Un intervallo di variazione così elevato si giustifica in parte con la totale mancanza di standardizzazione dei criteri di valutazione ma poi, inevitabilmente, con l'esistenza di professori *killer* e di docenti *complici*.

Da questa analisi emerge con tutta evidenza l'urgenza di adottare forme di valutazione realmente *obiettive*. Caratteristiche di una prova obiettiva sono che: a) ogni competenza da verificare deve essere misurabile e deve essere stata predefinita a monte; b) il livello accettabile di *performance* (tanto in termini di passa/non passa

la prova che di voto) deve essere determinato prima dello svolgimento della prova. Da questa definizione emerge che la prova di valutazione obiettiva per eccellenza è l'esame scritto con domande a scelta multipla o a risposta aperta breve. Tuttavia, anche la prova orale e quella pratica possono divenire sufficientemente obiettive se si fa uso di griglie di valutazione predefinite. Queste griglie, infatti, scompongono la singola competenza da valutare in una serie di componenti predefinite e predefiniscono, per ciascuna componente, il livello di performance accettabile.

L'unica avvertenza da tenere a mente è che l'impiego di prove obiettive tende a produrre esami più "esigenti" tanto in termini di idoneità che di voto, per cui occorre tarare i risultati ottenuti in base a fattori di correzione.

#### Un esame pertinente

Che un esame debba essere obiettivo rientra tra i principi basilari dell'*etica del docente*. Tuttavia, la più importante caratteristica "tecnica" di una prova di valutazione è quella di essere *pertinente* rispetto agli obiettivi didattici che il corso si è dato, ovvero di essere *appropriata* rispetto alle competenze da valutare.<sup>5</sup> Da questo punto di vista, l'esame orale, già criticabile per la sua scarsa obiettività, risulta pertinente solo per la valutazione delle competenze conoscitive e, sia pur in un ambito diverso da quello professionale, delle competenze relazionali, ma non è pertinente alla verifica delle competenze operative (il *saper fare*). Un conto è domandare "come si farebbe" un prelievo intra-arterioso se uno lo facesse, ed un conto è verificare, con una checklist davanti ad un manichino, se lo studente sa effettivamente praticare tutte le fasi della procedura. Più un corso ha contenuti professionalizzanti e più un esame pertinente deve includere forme pratiche di valutazione, con l'interpretazione di traccati, radiografie, pezzi anatomici; con la simulazione di atti medici amministrativi (scrivere una ricetta, una lettera di dimissione, ecc); o con l'esecuzione di manovre semeiologiche o terapeutiche su manichini o pazienti (reali o *standardizzati*), fino alla esecuzione di un esame clinico strutturato, a stazioni, come l'OSCE.<sup>6-7</sup>

#### Un esame interdisciplinare

La crescita esponenziale del sapere, che caratterizza il mondo scientifico, e la ricerca biomedica in particolare, comporta diverse, ineluttabili, conseguenze. La prima è la rapida *obsolescenza* del sapere, che rende necessaria la formazione continua del medico. La seconda è il necessario ridimensionamento del *contenuto dell'in-*

formazione da trasmettere, pena l'eccessivo allungamento del periodo dedicato alla formazione pre-laurea, e, quindi, l'individuazione del core-curriculum.<sup>8</sup> Una terza è il declino del supporto cartaceo come *fonte di informazione* e il necessario accesso a fonti in rapida evoluzione, come internet, con la conseguente necessità di selezionare l'informazione da trasmettere. Una quarta, e determinante, conseguenza è la *specializzazione* e, di converso, la *parcellizzazione* del sapere, che ha reso necessaria la pratica del corso integrato. Tuttavia, il grande sforzo di integrazione, che è necessario sia in fase di *pianificazione* che di *esecuzione* del corso, viene del tutto vanificato se tale integrazione non viene espressa anche in fase di *valutazione*.<sup>5,9</sup>

### Un esame calibrato

Nel passaggio dalla Tabella XVIII/96 al Nuovo Ordinamento Didattico, molti Corsi di laurea in Medicina, preoccupati dalla prospettiva di disorientare gli studenti dopo il terzo cambiamento tabellare in poco più di 10 anni, hanno deciso di alterare il meno possibile il numero e la distribuzione degli esami di profitto. Tuttavia, le tradizionali tipologie di esame mal si adattano ad un ordinamento che punta all'ottimizzazione del rapporto tra quantità di CFU e numero di esami. La scelta di fissare in 36 prove il limite massimo del numero degli esami suggerisce implicitamente l'opportunità di prevedere una valutazione certificativa ogni 10 CFU (360 CFU / 36 esami). Al contrario, l'attuale esperienza è quella di una notevole variabilità del numero di CFU verificati da ciascun esame. Ad esempio, pur in un Corso di Laurea "poco tradizionale" come il CLS "C" della I Facoltà di Medicina della Sapienza l'intervallo di variazione del numero di CFU/esame è troppo ampio, oscillando tra 2 e 34,5!

La necessità di un percorso più calibrato di esami si scontra con la strenua difesa del "proprio" esame che tutti i settori scientifico-disciplinari (e perfino alcuni sub-settori) fanno, a difesa della propria "visibilità" accademica.

Una possibile soluzione, che non farebbe distinzione tra i settori scientifico-disciplinari e che consentirebbe di fare esami perfettamente calibrati, sarebbe quella dell'*esame di semestre*. Si

tratterebbe di una prova interdisciplinare e complessa per definizione, ma proprio in quanto tale, di un test che permetterebbe di integrare forme di valutazione scritte, pratiche e orali, e che potrebbe rappresentare, finalmente, un esempio di esame obiettivo, pertinente, interdisciplinare e calibrato. Un esame del genere, inoltre, aiuterebbe a ricomporre il "puzzle" del sapere medico, frammentato nei saperi disciplinari e sottodisciplinari, e semplificherebbe notevolmente tutta la complessa questione della propedeuticità degli esami e del blocco dell'iscrizione all'anno successivo, ovviando all'assurdo pedagogico di studenti che seguono i corsi "avendo la testa altrove", impegnati in uno slalom tra *professori killer* e *docenti complici*, e angustiati dall'ansia di "recuperare" esami non superati.

### Bibliografia

- 1) Casacchia M, Morosini P: Manuale-Questionario di accreditamento tra pari. Med. Chir. 24: 937-949, 2004
- 2) Lenzi A, Gallo P, Gaudio E, Luccarini S, Casacchia M: Fase sperimentale del programma di site visit fra pari per la valutazione dei CLS in Medicina e Chirurgia. Med. Chir. 24: 950-954, 2004.
- 3) Lenzi A, Luccarini S, Danieli G: Dalla valutazione della qualità del sistema ai principi di accreditamento. Il modello di Medicina e Chirurgia: on site visit di valutazione fra pari. Med. Chir. 28: 1063-1067, 2005.
- 4) Gallo P, Gaudio E, Familiari G, Della Rocca C, Lenzi A, in collaborazione con Azzena GB, Binetti P, Capani F, Carducci AA, Caruso G, Casacchia M, De Antoni E, Ferla G, Kienle M, Marconi P, Maroder M, Matrone T, Mugelli A: Valutazione comparativa del risultato di un campione di esami di profitto in sedici diversi Corsi di laurea. Med. Chir. 25: 948-952, 2004.
- 5) Gallo P: Le prove di valutazione nei corsi di laurea della facoltà di Medicina: imparare a scegliere in una cassetta degli attrezzi piena di strumenti diversi. Med. Chir. 28: 1074-1076, 2005.
- 6) Danieli G, Landi E, Vettore L: Valutazione obiettiva e strutturata della competenza clinica (OSCE). Med. Chir. 23: 889-892, 2004
- 7) Matarese M: L'utilizzo dell'objective structured clinical examination nella prova finale abilitante del corso di laurea in Infermieristica del Campus Bio Medico di Roma. Med. Chir. 28: 1080-1082, 2005.
- 8) Gaddi A, Vettore L, Tomasi A: Core Curriculum degli studi medici, proposta metodologica per una sua prima revisione Med. Chir. 22: 846-848, 2003.
- 9) Gallo P, Capani F, Casti A: Integrazione trasversale e longitudinale degli insegnamenti, un percorso tra prospettive e limiti. Med. Chir. 21: 805-807, 2003.

# Il Progress Test come modello di sperimentazione

Paola Binetti (Roma Campus Biomedico)

## Premessa

Nell'ambito degli impegni complessivi assunti dalla Conferenza dei Presidenti di CCLS per migliorare la formazione dei futuri medici è sempre più viva l'esigenza di rispondere prima alla richiesta di qualità professionale, con cui la società chiede di soddisfare i bisogni di salute della popolazione, e solo successivamente alle esigenze di ordine accademico, che propongono nuovi standard e nuovi modelli didattico-formativi. Questa premessa è necessaria per comprendere perché la rivisitazione dei modelli di valutazione, con cui vengono pensati e proposti i diversi tipi di esame, si ispira sempre di più alla logica di un bilancio delle competenze cliniche realmente acquisite dagli studenti. Al laureato in medicina oggi si chiede di possedere, almeno nel momento in cui conclude la sua preparazione di base, una formazione generale sufficientemente solida e completa, da non smarrire negli anni successivi, quando entrerà in una Scuola di specializzazione.

Davanti al rischio che la specializzazione prima e la super-specializzazione dopo favoriscano una perdita di visione d'insieme del paziente e delle sue esigenze, la Conferenza difende quei modelli di valutazione che negli anni della formazione di base vincolano docenti e studenti a rimanere il più possibile ancorati ad una visione integrata del paziente, sia lungo l'itinerario diagnostico che, soprattutto, nel momento di impostare il trattamento terapeutico complessivo. Sono noti a tutti i medici i costi e i rischi che si corrono quando i percorsi diagnostici a cui il paziente è sottoposto, specialmente se si tratta di un paziente

complesso, non si integrano reciprocamente perché i diversi specialistici non dialogano tra di loro. Ma sono ancor più noti ai pazienti e ai loro familiari i rischi che derivano da linee terapeutiche in possibile contrasto tra di loro per analoghe ragioni: una preparazione eccessivamente specialistica e una scarsa attitudine al lavoro in equipe.

L'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio professionale, introdotto solo lo scorso anno, ha cercato di ovviare ai possibili rischi che nascono e si alimentano dalla frammentazione delle conoscenze cliniche, affidate probabilmente ad un numero eccessivo di esperti, e maturate lontano dal rapporto diretto con il malato. La commissione ministeriale, che se ne è occupata, considera il lungo tirocinio valutativo che gli studenti debbono affrontare in contesti generalisti come la medicina interna, la clinica generale e la medicina di famiglia, uno dei punti più innovativi, anche se ritiene conveniente e necessaria un'ulteriore messa a punto. L'attuale modello dell'Esame di Stato inoltre propone agli studenti uno scritto con una duplice batteria di domande a scelta multipla, che copre l'intera gamma delle conoscenze richieste ad uno studente di medicina quando conclude il suo iter formativo. Il rischio di un puro nozionismo dovrebbe essere superato attraverso il modello di domande che non consentono una mera ripetitività delle conoscenze acquisite, ma esigono un costante lavoro di confronto e di valutazione critica della situazione sottoposta alla loro attenzione.

La Conferenza, dopo essersi a lungo prodigata per un oggettivo miglioramento culturale e metodologico dell'esame di abilitazione, sta

Obiettivi		
1. Valutare l'effettiva incidenza del core curriculum in funzione di ulteriori forme di apprendimento: concetti da apprendere per poter apprendere. - <i>learning by learning</i> -	2. Verificare la curva di apprendimento degli studenti mettendola in rapporto ai modelli didattici e alla struttura del piano di studi adottato dalle diverse facoltà	3. Innestare un processo che vada dall'auto-percezione della propria preparazione alla auto-valutazione oggettiva, per attivare strategie di autoregolazione del proprio studio
1. Nell'ambito della Conferenza: i presidenti di CCL, considerati nella loro funzione di responsabili specifici dei risultati complessivi raggiunti dagli studenti nella loro formazione di base	2. Nell'ambito di ciascuna facoltà: i docenti coordinatori di corso integrato, considerati come i garanti di una formazione sempre più integrata sotto il profilo interdisciplinare e teorico-pratico	3. Nell'ambito della commissione paritetica che vuole gli studenti corresponsabili del loro progetto formativo e per questo intende coinvolgerli sempre più anche sul piano della valutazione

attualmente studiando come trarne un vantaggio competitivo per gli studenti e per i docenti, sollecitando le facoltà a ragionare sempre più criticamente sui propri metodi di valutazione: le riflessioni sul *Progress test*<sup>1</sup> rientrano in questa sfida, che, lo ricordiamo, ha come oggetto privilegiato non un mero esercizio accademico ma una migliore risposta ai bisogni di salute della popolazione.

### Il *Progress test*

Partendo dall'assioma che le tecniche di valutazione modificano la metodologia di studio più di qualsiasi perorazione teorica: *Assessment drive learning*, un gruppo di presidenti di CCL si sta dedicando alla progettazione concreta di un questionario (*Progress test* - PT) che sondi le competenze cognitive acquisite dallo studente di medicina lungo l'arco dei sei anni, partendo da alcune obiettivi chiari, condivise ai vari livelli.

Il *Progress Test* è usato in alcune facoltà di

medicina più aperte alla innovazione didattica, anche se la sua applicazione sistematica è tipicamente olandese. Iniziato a Maastricht circa 20 anni fa, consiste in una raccolta di domande che coprono l'arco delle conoscenze essenziali che un neo-laureato in medicina deve possedere<sup>2</sup>. L'architettura delle domande è data dall'ICD: *International statistical classification of diseases and health related problems*, proprio per non cedere a sofismi accademici raffinati, ma inadeguati ad uno studente di medicina, che deve concentrare la sua attenzione sulle conoscenze e sulle competenze strutturali della sua futura identità professionale. Ai fini dell'impatto formativo che si può ricavare dalla prova è molto importante l'elaborazione dei risultati sia a livello individuale che rispetto al gruppo di appartenenza. L'elaborazione richiede una valutazione articolata ed integrata delle singole domande, con il loro livello di difficoltà e la loro capacità di discriminazione; dei singoli studenti, con l'evoluzione delle loro curve di apprendimento area per area; e infine dei gruppi di studenti, corso per corso, per tracciare una curva dell'apprendimento complessivo.

Diventa così possibile disegnare una mappa cognitiva di tipo dinamico, da cui si evince la cinetica dell'apprendimento del singolo studente e dei diversi gruppi nella loro evoluzione. Occorre tener presente però che le mappe concettuali non sono soltanto una rappresentazione grafica della conoscenza. Sono strumenti che esigono costruzione, decostruzione, elaborazione e rielaborazione concettuale e quindi per essere davvero utili nella progettazione didattica e nella valutazione richiedono un tempo adeguato d'applicazione. Le conoscenze recenti e quelle sopravvissute al logorio della memoria acquistano visibilità solo in quanto sono efficacemente spendibili per risolvere un dato problema. In effetti non conta tanto ciò che uno studente sa al momento di un esame, ma il modo in cui riesce ad utilizzare queste conoscenze successivamente, l'abilità con cui se ne serve per affrontare e risolvere i problemi nuovi in cui si imbatte. Solo in questo modo lo sforzo compiuto durante gli anni della formazione universitaria può definirsi realmente professionalizzante<sup>3</sup>.

Per questo nell'ambito della Conferenza si è costituito uno *Study Board* del *Progress Test*, formato da Presidenti di CCL e da docenti motivati a lavorare sulla valutazione necessaria per monitorare il processo di formazione della futura classe medica ed implementarne i livelli di competenza professionale. L'ipotesi iniziale era quella di lavorare contemporaneamente a

due tipologie di prove:

- a) Il *Progress Test* (PT), inteso come prova unica da somministrare in data fissa a tutti gli studenti con gli obiettivi e le caratteristiche descritte
- b) Una batteria di test, il CCT, per valutare in modo più analitico lo sviluppo del curriculum nei diversi anni di corso.

Per entrambi l'ipotesi di distribuzione delle domande era commisurata ai pesi attribuiti alle diverse aree (numero di CFU) sia nell'impianto complessivo del Core Curriculum che nell'ambito dell'esame di Stato<sup>4</sup>. Il desiderio era quello di privilegiare quelle domande i cui quesiti si collocano nelle zone di confine tra i SSD, perché meglio evidenziano la complessità dei problemi con cui lo studente oggi e il medico domani si confrontano costantemente. In questo modo avremmo dovuto raccogliere già all'inizio dell'estate almeno un migliaio di domande eccellenti. Ma così non è stato, per varie ragioni, di cui la principale va ricondotta alla difficoltà specifica di riuscire a formulare delle buone domande, che superino almeno il primo step di valutazione interna: quello dello Study Board.

#### Stato attuale del progetto

Il problema della qualità delle domande a scelta multipla si pone a diversi livelli, tenendo conto che in questo momento se ne stanno raccogliendo molte per varie forme di esami: nelle singole Facoltà per la parte scritta dei corsi integrati, al Ministero per la prossima sessione degli esami di Stato (ne serve almeno un 20%), nelle Società scientifiche, per gli esami di ingresso alle Scuole di specializzazione (anche qui ne servono un 20% in più). Ma più se ne fanno e più cresce il livello critico di chi deve valutarle. C'è oggi una maggiore consapevolezza sia delle caratteristiche di una buona domanda a scelta multipla (capacità discriminatoria, livello di difficoltà, tipologia di competenze in gioco) che dell'architettura complessiva delle prove: quante domande per quanti e quali ambiti, quali livelli tassonomici occorre saturare e quali no. Ma accanto alla teoria mancano ancora le buone domande. Un buon modo per superare questa trappola logica, che sta diventando invalidante per l'ipercriticismo di cui si ri-alimenta, è quello di ragionare sull'uso che faremo dei risultati del *Progress Test*, anche se le domande su cui si fonda non sono ancora del tutto soddisfacenti.

Ad un *Progress Test* si chiede di valutare in modo particolare se la conoscenza e la comprensione di alcuni concetti chiave, soprattutto nelle discipline di base, facilita le tappe

successive dell'apprendimento clinico. Una valutazione *in progress* deve dare ragione di un apprendimento *in progress* con un'ottica ottimista, perché consente ad ogni studente e ad ogni docente di ri-tarare la propria metodologia di apprendimento e di insegnamento in vista della cultura scientifica e della capacità di ragionamento clinico necessarie per accedere all'esame di Stato. Sappiamo di dover aiutare lo studente a ricavare in ogni tappa del suo sviluppo intellettuale e professionale quelle idee potenti che, per la loro possibile generalizzazione, consentono di dedurre una serie di conoscenze rilevanti sotto il profilo clinico. L'obiettivo a cui tende il lavoro della commissione è quello di individuare quei concetti che permettono di afferrare il senso delle diverse informazioni per trasformarle, attraverso interventi di trasposizione, interpretazione, estrapolazione, e applicarle alla soluzione di problemi nuovi. Per questo le domande vanno costruite da alcuni docenti e vanno supervisionate da



altri docenti, perché nel porre le questioni, nel controllarle e nel selezionarle, si costruisce l'interfaccia operativa di una programmazione didattica di alta qualità<sup>5</sup>.

### In conclusione

Il gruppo di lavoro ritiene che la progettazione del *Progress Test* abbia contribuito a definire meglio aspetti concreti della Teoria e Tecnica della valutazione di obiettivi a breve, medio e lungo termine. Intendendo per lungo termine l'arco dei sei anni lungo cui si snoda il curriculum dello studente di medicina. C'è una forte e condivisa convinzione che la valutazione della didattica, per produrre risultati efficaci, debba essere orientata soprattutto alla valutazione delle capacità di apprendimento significativo da parte dello studente. *L'apprendimento significativo è alla base dell'integrazione costruttiva di pensieri, sentimenti ed azioni che induce all'empowerment finalizzato all'impegno e alla responsabilità*<sup>6</sup>. La risoluzione di un problema infatti, soprattutto se molto articolato e complesso, richiede che si integrino tipi di ragionamento diverso, analogico e deduttivo, sintetico e argomentativo.

Il Progress test dovrebbe *stimolare la motivazione ad imparare*, favorendo lo sviluppo di una solida metacognizione. Per questo è indispensabile *esplorare ciò che lo studente conosce, attraverso un percorso didattico, che utilizzi l'errore come risorsa per insegnare allo studente a passare da un know out di tipo prevalentemente concettuale già strutturato, alla riflessione, applicazione, verifica, confronto, correzione e ricorrezione delle sue conoscenze per trasformarle in competenze significative*<sup>7</sup>. La valutazione dei risultati del *Progress test* se si fermasse agli indicatori di tipo quantitativo: numero delle risposte corrette *versus* numero delle risposte errate o mancate, rischierebbe di non assolvere il suo scopo fondamentale, che è quello di misurare e documentare la crescita di conoscenze - competenze significative specifiche, degli studenti e la produttività didattica del sistema formativo.

Per questo prima di somministrare come era previsto nel progetto iniziale, agli studenti di medicina di varie facoltà, il *Progress Test*, è necessario preparare nei tempi e modi opportuni il contesto didattico adeguato alla innovazione. Servono metodologie didattiche che

mettano lo studente in condizione di superare una certa mentalità consumistica che lega l'acquisizione delle conoscenze al superamento dell'esame e autorizza successivamente alla dimenticanza. Perché lo studente possa conservare una memoria attiva di tutto ciò che impara con uno sforzo non indifferente, deve imparare a gestire i suoi filtri di memoria, ad essere selettivo, valutando i livelli gerarchici delle sue conoscenze, creandosi una architettura di sistema con specifiche modalità di accesso alle medesime. E' necessario che lui e i suoi docenti sappiano distinguere tra i diversi livelli di competenza cognitiva necessari per costruire la cultura scientifica ed umanistica, di cui ha bisogno il giovane clinico, puntando su quelle abilità che facilitano non solo l'acquisizione dei nuovi apprendimenti, ma anche la loro integrazione con le conoscenze già strutturate<sup>8</sup>. Un buon *Progress Test* dovrebbe verificare soprattutto questi nodi concettuali e le abilità cognitive e non cognitive che permettono di affrontare e risolvere i problemi che mostrano una maggiore prevalenza e richiedono una maggiore capacità di intervento rapido, ad esclusivo vantaggio del paziente e della sua famiglia.

### Bibliografia

- 1) Binetti P, Il *Progress Test* come forma di monitoraggio dell'apprendimento personale ed istituzionale, *Med Chir*, 26/2004: 989-994
- 2) Berkson L, Problem based learning: have the expectations been met?, *Academic Medicine*, 68: s79-s88, 1993
- 3) Albano MG, Cavallo F, Hoogenboom, et Al, An international comparison of knowledge levels of medical students: The Maastricht Progress Test, *Medical Education*, 1996, 30:239-245
- 4) Vettore L, Tenore A, Presentazione del Core curriculum per le abilità pratiche, *Med Chir*, 24, 995-972, 2004
- 5) Skelton AM, Promoting Teaching Excellence, through fellowship schemes, three important issues to consider, *Medical Education*, 37, 3: 188-190, 2003
- 6) Novak JD, *Learning, Creating, and Using Knowledge: Concept Maps as Facilitative tools in Schools and Corporations*. Mawah, NY, 1998
- 7) Ausubel DP, *The Acquisition and retention of knowledge: A cognitive view*. Dordrecht, Netherlands, Kluwer, 2000
- 8) Norcini JJ, Peer Assessment of competence, *Medical Education*, 37, 6:539-544, 2003



# Il nuovo Esame di Stato, considerazioni e proposte

Alghero, 2 Maggio 2004

Sebbene il nuovo Esame di Stato sia appena iniziato, si sono presentati alcuni problemi e contestualmente sono rientrati alcuni motivi di preoccupazione. Si sono identificati quattro punti di particolare interesse.

## 1. Prova scritta

L'analogia con la prova scritta sostenuta in questi giorni per l'ammissione alle Scuole di Specializzazione ha messo in evidenza come la disponibilità dell'archivio delle domande e delle relative risposte abbia consentito ai candidati di superarla in modo ampiamente positivo sia perché l'allenamento progressivo (monitorato dal CINECA) ha indotto un notevole miglioramento delle *performance* dei candidati, sia perché lo studio da loro affrontato ha permesso di rilevare sistematicamente incongruità, scarsa chiarezza, errori che la ristrettezza dei tempi a disposizione della Commissione incaricata della redazione dei quiz inevitabilmente aveva comportato.

D'altra parte, i limiti delle domande sono anche il frutto di una ancora limitata esperienza dei docenti delle diverse discipline, coinvolti nella preparazione di questi due grossi archivi, che hanno ancora un carattere prevalentemente cognitivo e poco orientato nel senso del *problem solving* e del *decision making*.

È importante inoltre segnalare la disparità di condizioni tra gli studenti che sostengono la prova nella prima sessione e quelli che la sosterranno nella seconda, perché questi avranno a disposizione il medesimo archivio per sei mesi contro i due mesi di quelli della prima.

## 2. Prova pratica

La disponibilità di una griglia di valutazione del tirocinio uniforme in tutta Italia rappresenta una importante garanzia di equo trattamento per tutti i candidati e una precisa guida per i tutori. Tuttavia da vari tutori/valutatori che hanno già iniziato la loro attività è stata suggerita l'opportunità di una semplificazione della griglia di valutazione proposta dalla Commissione ministeriale. Le Conferenze ritengono che tale revisione si limiti all'eliminazione di alcune ripetizioni che sono state riscontrate.

Dal canto nostro appare opportuno che il giudizio del singolo studente sia inserito in una prospettiva collegiale che includa almeno i tre tutori coinvolti nel processo di valutazione.

Molte Università si sono trovate in difficoltà nel reclutamento di un numero sufficiente di tutori e di strutture per coprire contemporaneamente le esigenze della formazione prelaurea ("attività professionalizzanti") e quelle della valutazione per l'Esame di Stato. Ciò richiede un ampliamento della rete dei tutori ai quali va assicurata una adeguata formazione con il coinvolgimento sia delle Facoltà sia, auspicabilmente, degli Ordini dei Medici. In quest'ottica si potrebbe anche prendere in considerazione una revisione dei requisiti previsti per i tutori dal decreto ministeriale e dai suggerimenti della Commissione ministeriale.

Alla formazione dei tutori e allo svolgimento della funzione di tutore si auspica fortemente che venga assegnato un congruo riconoscimento in termini di crediti ECM.

## 3. Monitoraggio

Per garantire a questo nuovo sistema di valutazione la necessaria qualità occorre attivare un sistema di monitoraggio che coinvolga in modo adeguato le Facoltà, i tutori stessi e gli studenti. La Conferenza dei Presidenti offre la propria disponibilità a predisporre bozze di strumenti di rilevazione dell'esperienza vissuta da tutte le parti in gioco.

## 4. Tempistica

L'attuale sovrapposizione tra i tempi previsti dal decreto sull'Esame di Stato e quello sull'ammissione alle scuole di specializzazione è motivo di confusione per gli organi amministrativi, di incertezza da parte dei docenti e di angoscia per gli studenti, perché così come strutturata attualmente pone gli studenti che si laureano ad ottobre (la maggioranza) davanti al rischio di dover perdere un anno.

È necessaria una sincronizzazione delle date di svolgimento degli esami di laurea e di ammissione alle scuole di specializzazione, che potrebbe essere posta in atto immediatamente. La proposta prevede che gli esami di ammissione si possano svolgere a partire da dicembre, ma che l'inizio effettivo dei corsi delle scuole non si verifichi prima dell'inizio di marzo. In questo modo, gli studenti che si laureano ad ottobre-novembre potrebbero effettuare il loro tirocinio nei mesi di dicembre, gennaio e febbraio, sostenendo poi la prova scritta a luglio. Questo comporterebbe quindi una modifica del calendario per l'Esame di Stato proposto dal MIUR.

## Il nuovo Esame di Stato: l'inizio di una fine o la fine di un nuovo inizio?

Alfred Tenore (Udine), Luciano Vettore (Verona), Paola Binetti (Roma, Campus Biomedico)

Mentre ci stiamo avvicinando al quarto ciclo del nuovo Esame di Stato, dovremmo sentire la necessità di interrogarci sui reali "benefici" che sono derivati dal nuovo assetto dell'esame stesso, dovremmo chiederci a che cosa è servito finora, considerando i "costi" che derivano dalla sua macchinosa organizzazione, nonché la generale scontentezza delle persone direttamente coinvolte nell'espletamento di questo esame.

La Conferenza Permanente dei Presidenti di Consigli di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, nel suo naturale ed esuberante ottimismo nel migliorare la didattica medica in Italia, ha dato in questi ultimi anni un contributo cospicuo a progetti accomunati dall'obiettivo di formare un medico migliore. Questi progetti sono stati:

- 1) un progetto pilota per il nuovo Esame di Stato. Questo era il prototipo dell'attuale esame e consisteva in un esame pratico sulle competenze cliniche del candidato chiamato a valutare 10 pazienti standardizzati, e in un esame scritto con domande a scelta multipla atte a valutare la capacità di interpretare le informazioni acquisite durante il corso degli studi per risolvere problemi clinici
- 2) la riforma degli ordinamenti didattici, fino ai Decreti d'Area
- 3) il regolamento didattico
- 4) la costruzione del *core curriculum*, sia per i contenuti cognitivi, sia per le abilità pratiche e metodologiche
- 5) la sperimentazione della "prova scritta" del nuovo Esame di Stato (testata su 1164 studenti volontari del sesto anno delle Facoltà di Medicina Italiane il 26 marzo 2003).

### L'attuale Esame di Stato

Attualmente, la formazione del medico prevede che, dopo il periodo degli studi di medicina ed il conseguimento della laurea, venga sostenuto un esame per ottenere l'abilitazione all'esercizio della professione medica, costituito da un periodo di tirocinio valutativo e successivamente da una prova scritta.

Da tempo si avvertiva la necessità di operare un cambiamento nelle modalità dell'Esame di Stato, nella consapevolezza che la sua strutturazione non rendeva possibile una piena valutazione delle capacità del laureato in medicina in ambito decisionale, operativo e professionale (sapere, saper fare e saper essere). La riforma dell'Esame di Stato, operata proprio con l'intento di giungere ad una reale valutazione delle tre componenti della pratica medica sopra citate, si è concretizzata nell'attuale organizzazione dell'esame stesso che prevede inizialmente una parte pratica, che valuta le competenze cliniche e relazionali del candidato e che deve essere superata prima di poter accedere alla

seconda parte dell'Esame di Stato, che prevede una prova scritta.

### La prova scritta: le speranze disattese

La prova scritta che, secondo il decreto ministeriale, dovrebbe essere finalizzata a valutare il livello delle conoscenze teoriche, nonché le capacità deduttive e decisionali del candidato, è suddivisa in due parti, con 90 domande pre-cliniche (che valutano le conoscenze di base nella prospettiva della loro applicazione professionale) e 90 domande cliniche (che valutano le capacità del candidato di applicare le conoscenze biomediche e cliniche alla pratica medica). Tali domande devono essere estratte da 5000 quesiti che sono resi noti almeno 60 giorni prima della prova scritta. All'archivio iniziale delle domande a scelta multipla (DSM), ogni anno vanno aggiunte 500 nuove domande. Il superamento di questa parte dell'esame avviene se il candidato consegue almeno 60 punti in ciascuna delle due parti (pre-clinica e clinica); considerando che viene attribuito 1 punto ad ogni risposta esatta, -0.25 punti ad ogni risposta errata e 0 punti ad ogni risposta non data, ogni candidato per superare la prova deve rispondere correttamente ad almeno 66 domande su 90.

Ovviamente un'organizzazione di questo tipo apre la strada ad un dibattito sostanziale sull'effettiva capacità che un esame scritto così strutturato, dove domande e risposte si fanno con largo anticipo, possa effettivamente rispondere a quelle che erano le premesse, nonché allo scopo originale dell'introduzione di un nuovo Esame di Stato, ossia valutare le conoscenze e capacità del candidato, ma anche le sue abilità deduttive e di applicazione. Una prova scritta così concepita sembrerebbe, infatti, orientata a premiare piuttosto coloro che grazie alle loro abilità mnemoniche riescono a ricordare le risposte corrispondenti alle varie domande. Tanto più che soltanto la prima volta in cui è stato applicato questo tipo di strutturazione i candidati avevano 60 giorni per "acquisire" le risposte alle 5000 domande. Negli esami successivi, alle domande già note, si sono aggiunti 500 nuovi quesiti/anno che gli esaminandi hanno conosciuto 60 giorni prima del primo dei due esami annuali. Si crea così, una situazione del tutto particolare per cui gli studenti hanno a disposizione le possibili domande per l'esame di stato fin dal momento in cui si iscrivono al corso di laurea in medicina e chirurgia e di anno in anno aggiungono 500 DSM. Lo stesso sforzo mnemonico in questo modo si diluisce nell'arco dei sei anni e funge più da prova *in itinere* che da vera e propria forma di esame abilitante.

La preoccupazione sollevata da molti che una prova

scritta così concepita avrebbe potuto determinare una “strage” di candidati è stata infatti largamente smentita dai risultati ottenuti nelle tre sessioni d’esame finora concluse: le prove scritte sono state superate dal 96,7% degli esaminandi del primo esame del luglio 2004 e dal >99% nelle successive sessioni del febbraio 2005 e del luglio 2005 (Tabella. 1). Il risultato potrebbe essere spiegato correlando il superamento dell’esame alla quantità di tempo a disposizione per memorizzare le domande. A riprova di quanto finora ipotizzato si può considerare l’esito dell’esame di ammissione alle scuole di specializzazione dove si sono seguite regole simili a quelle usate per la parte scritta dell’Esame di Stato.

A differenza dell’Esame di Stato, dove le domande e le risposte corrette sono state rese disponibili sul sito del CINECA 60 giorni prima dell’espletamento dell’esame stesso, le domande con le relative risposte per l’esame di ammissione alle scuole di specializzazione sono state rese disponibili solo 5 – 6 settimane prima dell’esame. La figura 1 mostra l’andamento del numero di prove terminate dopo la seconda settimana dalla pubblicazione delle domande/risposte, e dopo 4 e quasi 6 settimane. Come si può vedere dalle figura, la percentuale di risposte sbagliate si riduce in modo quasi lineare fino al momento dell’esame, due mesi più tardi. Inoltre, applicando al grafico della figura 1 la relativamente alta percentuale di risposte sbagliate nell’esame di ammissione alle scuole di specializzazione, si nota un valore perfettamente in linea con la diminuzione progressiva della percentuale di risposte sbagliate: ciò indica che i risultati sono correlati alla quantità di tempo in cui le domande sono state dispo-

nibili sul sito e al tempo che i candidati hanno avuto per memorizzarle. Solo il 3,3% dei candidati non ha superato il primo Esame di Stato (luglio 2004), mentre la percentuale di coloro che non hanno superato la seconda e terza sessione è vicina allo zero.

In conclusione, il superamento dell’esame è direttamente correlato con la quantità di tempo a disposizione per memorizzare le domande e le risposte! Allora, ci si potrebbe chiedere: qual è lo scopo dell’Esame di Stato?, e in più, cosa vuol significare la frase nel decreto MIUR che recita “la prova scritta tiene conto degli obiettivi formativi”?

La possibilità di conoscere le domande e le risposte almeno 60 giorni prima (situazione che si è verificato solo per il 1° Esame di Stato) tende ad invalidare le premesse stesse della valutazione: diventa premiante uno studio di tipo mnemonico rispetto allo sviluppo delle capacità di ragionamento deduttivo. Le stesse competenze decisionali, proprie della professione medica, vengono sacrificate ad un atteggiamento di tipo compliance rispetto alla proposta ministeriale, rinunciando ad ogni elaborazione personale, ad ogni possibile forma di riflessione originale.

La “strage” di candidati non è infatti avvenuta ed il “pass rate” non è sostanzialmente cambiato rispetto al vecchio Esame di Stato, ma si è aperto un ampio dibattito sulle problematiche connesse alla struttura della nuova prova scritta. Essa non sembra infatti in grado di valutare la preparazione e le conoscenze dal candidato e non costituisce assolutamente un “passo avanti” rispetto alla modalità d’esame del precedente Esame di Stato anzi essendo costituito da domande e relative

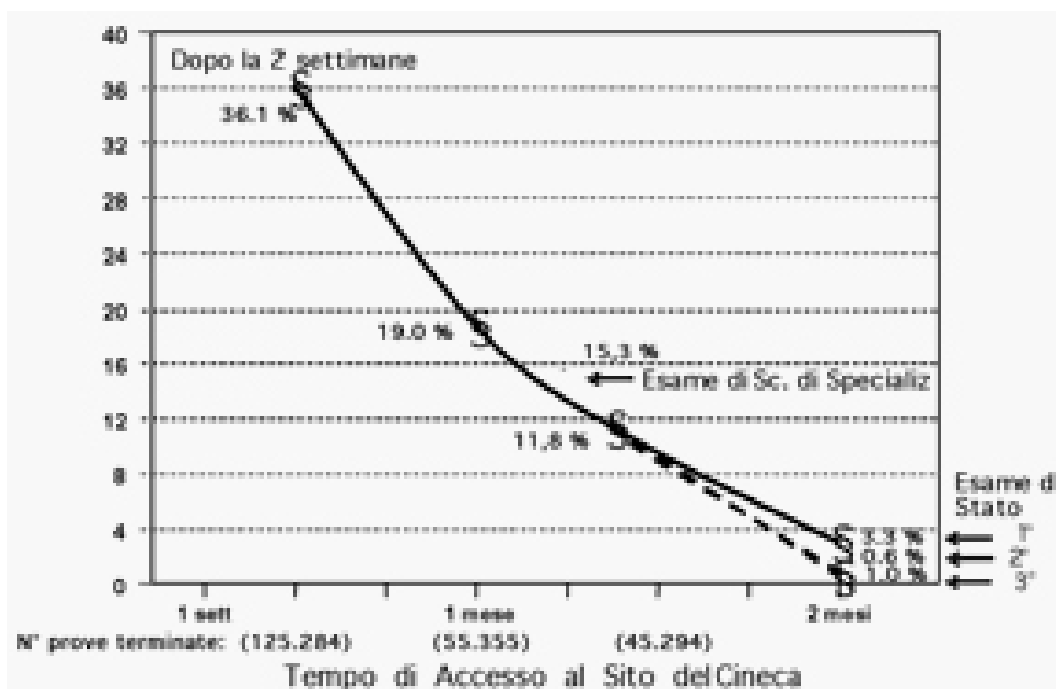


Fig. 1 - Progressione negli esami del MIUR.

risposte note a tutti, il nuovo esame scritto sembra in grado di valutare soltanto la capacità di “richiamo” alla memoria della singola nozione, contrariamente a quanto avveniva nel “vecchio esame”, dove lo studente, almeno teoricamente, veniva veramente messo alla prova poiché veniva sottoposto a domande di cui non era venuto prima a conoscenza. Oltre a ciò, il timore è che l’interesse dello studente diventi solo quello di superare l’esame e non quello di acquisire una preparazione adeguata ad affrontare una prova scritta veramente orientata a valutare capacità decisionali e di ragionamento critico utilizzando quanto appreso nel corso di laurea.

Inoltre, una prova scritta così strutturata, dove conta la memoria e non la preparazione vera, rende inutile tutto ciò che è stato fatto per ideare un *core curriculum* per gli studenti di medicina, ossia per definire quel complesso di contenuti essenziali (conoscenze, competenze, abilità e comportamenti) che tutti i neolaureati devono aver acquisito in modo completo e permanente per l’esercizio della loro futura professione e che costituiscono le fondamenta della loro formazione professionale.

L’Esame di Stato andrebbe concepito come momento finale di verifica del *core curriculum* nell’ottica che la valutazione è alla base dell’apprendimento (assessment drives learning) e non come uno scoglio isolato da superare nella propria vita professionale ma perché l’Esame di Stato assuma questo ruolo è necessario che le Facoltà stesse si adoperino per compiere un enorme salto di qualità nell’insegnamento della medicina, delineando un curriculum appropriato a formare un medico professionalmente qualificato. Questo obiettivo si stava raggiungendo prima dell’introduzione dell’Esame di Stato. Con fatica si stava facendo strada la convinzione che l’attività di docenza è un servizio offerto alla formazione di nuovi medici utili alla società, e non la mera espressione delle conoscenze e delle competenze dei docenti. Infatti, nella maggior parte delle Facoltà di Medicina, nell’ottica che la valutazione guida l’insegnamento (*assessment drives teaching*), si era iniziata un’opera di sensibilizzazione fra i docenti perché iniziassero ad insegnare quello che si riteneva indispensabile per la formazione del medico (*core curriculum*), considerando la limitazione in termini di ore che il nuovo ordinamento didattico aveva imposto alle facoltà. Inizialmente, molti docenti hanno cercato di adeguarsi tagliando alcuni argomenti dalle loro lezioni, nella convinzione che gli studenti sarebbero stati esaminati (Esame di Stato) su argomenti ritenuti essenziali (*core curriculum*); ma il fatto che la prova scritta sia stata strutturata poi con domande e risposte già note prima di fare l’esame, ha indotto molti docenti ad un ripensamento non ritenendo più necessario insegnare secondo il *core curriculum*, visto che l’Esame di Stato è un puro esercizio di memoria. Lo stesso studente pre-confeziona la propria griglia di conoscenze chiave ispirandosi al modello proposto-imposto dal “quizzario”, che diventa una sorte di organizzatore della sua condotta durante gli anni della formazione

universitaria. E’ importante studiare e ricordare ciò che è stato selezionato come *minimum test* per essere dichiarato medico. Il resto bene o male finisce col diventare un *optional*.

#### La prova pratica: il tirocinio valutativo

Il nuovo Esame di Stato richiede che il candidato venga valutato non solo per le conoscenze acquisite durante il corso di laurea in medicina, attraverso una prova scritta, ma anche per le sue abilità nell’ambito del saper fare e saper essere, con un tirocinio pratico.

Il tirocinio, della durata di tre mesi, prevede che il candidato frequenti attivamente un reparto di medicina (1 mese), un reparto di chirurgia (1 mese) e un medico di medicina generale (1 mese). Il tirocinio è un tirocinio valutativo sulle capacità ed attitudini del candidato a fare il medico, ma non lo specialista medico e/o chirurgo o il medico di Medicina Generale. Ciascun tirocinante viene valutato in ogni mese di tirocinio per il grado di acquisizione delle diverse competenze professionali, raggruppate in 7 profili: capacità di intervistare e raccogliere dati anamnestici, capacità di fornire informazioni e chiarimenti al paziente, rapporto medico-paziente (capacità relazionali), comportamento personale del medico con il paziente, profilo personale e capacità cliniche. Per quanto concerne l’espletamento della prova pratica, la valutazione del tirocinio prevede che venga attribuito al candidato un massimo di 90 punti (30 per ciascun periodo di frequenza) e per essere ammessi alla prova scritta bisogna aver conseguito un punteggio di almeno 60 punti, con un minimo di 18/30 per ogni periodo. Alla fine del mese di tirocinio il tutor, cui lo studente è stato affidato, valuta il candidato compilando il libretto del candidato secondo i criteri specificati dalla commissione ministeriale per l’esame di abilitazione alla professione medica, senza che il tirocinante conosca l’esito della prova.

Ciascun tutor è chiamato a valutare il candidato senza conoscere i risultati delle eventuali prove precedenti, in modo da non essere assolutamente influenzato, da non influenzare gli altri tutor e da non condizionare la prova complessiva. Poiché lo scopo non è quello di bocciare il candidato, si raccomanda che il tutore dia una valutazione *in itinere*, in modo da rendere possibile che il candidato corregga eventuali carenze

Data dell'Esame	Numero di Candidati	% che ha superato l'esame scritto	
		Parte Pre-Clinica	Parte Clinica
Luglio 2004	1428	96.7%	99.0%
Febbraio 2005	5099	99.6%	99.8%
Luglio 2005	1792	99.0%	99.1%
<b>TOTALE</b>	<b>8319</b>	<b>99.0%</b>	<b>99.5%</b>

Tab. 1 - Andamento del “pass rate” nei 3 esami di stato eseguiti.

che possono essere colmate prima del giudizio finale. Un sondaggio al quale sono stati sottoposti 32 medici di Medicina Generale sulla chiarezza delle istruzioni contenute nel libretto ha confermato nel 95% dei casi che è possibile compilarlo tranquillamente grazie alle indicazioni contenute nello stesso, senza dover ricorrere ad altre spiegazioni,

Insomma, il bilancio sull'efficacia valutativa del tirocinio sembra accettabile, anche se ancora non si possiedono dati sufficienti sulla qualità e sulla omogeneità di comportamento nell'attività valutativa dei singoli tutori.

### Gli auspici della "conferenza"

La Conferenza auspica nel prossimo futuro di dare una nuova organizzazione alla prova scritta dell'Esame di Stato, ossia che si pubblicino 5000 e più domande per allenare i candidati ad affrontare un esame nel quale però i quesiti non saranno più noti in precedenza, ma preparati ad hoc sul core curriculum; ovviamente questo tipo di strutturazione potrebbe determinare un drastico abbassamento nel numero dei candidati che supereranno l'esame! Perché questo non accada è necessario preparare gli studenti dal punto di vista delle conoscenze, competenze e abilità relative alla pratica medica, ed addestrarli a sostenere esami scritti del tipo DSM, ma anche preparare i docenti a scegliere gli obiettivi didattici del loro insegnamento, sui quali gli studenti saranno esaminati.

Solo se l'Esame di Stato viene concepito come momento finale di verifica del core curriculum i docenti si sentiranno motivati a cambiare il loro modo di insegnare e i contenuti del loro insegnamento e si potrà realmente sperare in un prossimo futuro che la formazione di un medico Italiano non abbia niente da invidiare a quella dei suoi colleghi europei.

La proposta della Conferenza Permanente dei Consigli di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia è quella di prevedere un *Curriculum-Corrective Test* ed un *Progress Test*, che verifichi l'insegnamento dei docenti sulla base della qualità dell'apprendimento "consolidato" degli studenti, e ciò per correggerne metodologie e contenuti didattici, attraverso i risultati non certificativi di test scritti sui contenuti essenziali dei vari corsi, test somministrati agli studenti a distanza dall'esame di profitto individuale: il *Core Curriculum Corrective Test* prevede esami di 300/400 domande, preparati dalla stessa Conferenza Permanente, da somministrare agli studenti alla fine del 2° anno (su argomenti del 1° e del 2° anno), alla fine del 4° anno (su argomenti del 3° e del 4° anno), alla fine del 5° anno (su argomenti del 4° e del 5° anno) e alla fine del 6° anno (su argomenti del 5° e del 6° anno).

### Conclusioni

Vi sono molteplici problematiche connesse all'attuale Esame di Stato. In particolare, la prova scritta crea seri problemi: essa non è in grado di valutare la vera

preparazione o le conoscenze acquisite del candidato; paradossalmente, il "vecchio Esame di Stato", con tutti i suoi difetti, sostituiva meglio l'attuale prova scritta del "nuovo Esame di Stato"; il modo di fare l'attuale prova scritta minimizza il lavoro che si è fatto e l'importanza che si vuole dare agli argomenti del *core curriculum*; esiste una reale preoccupazione che l'interesse dello studente si orienti verso il solo superamento degli esami per poter "andare avanti" e non per prepararsi in modo adeguato per il vero esame finale (prova scritta dell'Esame di Stato), che dovrebbe valutare le capacità decisionali e il ragionamento critico basato su quanto appreso durante il corso di laurea, cioè quanto gli servirà effettivamente nella professione.

Se si rende inefficace l'Esame di Stato o si tolgono le motivazioni che esso potrebbe dare, tutto continuerà come prima e i docenti non si sentiranno spinti a cambiare il loro metodo ed i loro contenuti di insegnamento. Gli studenti continueranno a studiare con il solo scopo di superare gli esami e non per "imparare" la medicina per "fare i medici", e i docenti continueranno ad insegnare quello che vogliono (senza badare al *core curriculum*).

Chiediamoci a questo punto: qual è lo scopo di tutta questa organizzazione complicata e meccanizzata che coinvolge numerosi medici in tutta Italia creando numerose problematiche? Qual è lo scopo di tutti i costi subito? Qual è lo scopo di tutto questo "cambiamento"..... quando in realtà non è cambiato niente !?!? Infatti, la previsione è che la prova scritta non cambierà niente rispetto al vecchio sistema, almeno in termini di *pass rate* eppure con il nuovo Esame di Stato, per la prima volta nella sua storia, l'Italia dispone di uno strumento che, se valorizzato al meglio, ha il potenziale di far compiere all'organizzazione dell'insegnamento e dell'apprendimento della medicina e di conseguenza alla formazione del medico, un enorme salto di qualità. È tempo di cambiare! Dobbiamo agire in modo che il nuovo Esame di Stato veramente ci dia la possibilità non solo di valutare ciò che è stato insegnato e appreso, ma soprattutto spinga le Università a delineare un curriculum appropriato per assicurare alla Società la "formazione" di un medico professionalmente qualificato, altrimenti tutto il lavoro compiuto finora diventa inutile.

Compito della Conferenza è quello di promuovere la qualità della formazione, prima ancora della oggettività della valutazione. Le DSM attualmente misurano un sapere codificato che non stimola lo studente ad un superamento dei livelli minimi di apprendimento previsti dalla struttura dell'attuale esame abilitativo. Occorre attivare un processo di riflessione sulla "Medical Education" che raggiunga tutti i docenti e attraverso di loro gli studenti e lo strumento ministeriale deve raccogliere questa istanza e potenziarla, senza trasformarsi in una situazione di vincolo burocratico, in cui prevalgono logiche diverse da quelle di tipo autenticamente formativo.

## Osservatorio permanente

Amos Casti (Parma)

Al compimento del ventesimo anno di vita della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia si rende necessario un momento di riflessione sui risultati, soluzioni didattico-pedagogiche e normative messe in atto durante l'iter compiuto a partire dall'avvio della "nuova Tabella XVIII" a seguito del D.P.R. 20.2.1986, n. 95, seguito dal Nuovo ordinamento Didattico, G.U. n. 255 del 30.10.1996, ed infine dalla pubblicazione del Decreto 509/1999 "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei" e del Decreto 28 novembre 2000 "Determinazione delle classi delle lauree universitarie specialistiche", G.U. n. 18 del 23 gennaio 2001-Serie generale. Tutto il lavoro compiuto in questi anni pone in grande risalto la notevole dedizione e le capacità di tutti i Presidenti di modulare il percorso formativo della preparazione del medico alle necessità della Società civile e delle grandi conquiste della medicina.

In questo contesto la necessità di monitorare le esperienze, le soluzioni adottate e i provvedimenti messi in atto delle varie Sedi è stata avvertita per primo da Luigi Frati e realizzata magnificamente dal compianto Sergio Curtoni che ha iniziato un grande lavoro di indagine fin dal 1989, ad appena tre anni dalla pubblicazione del DPR 95/86, fino al 1995 su argomenti e problematiche molto dibattuti nell'ambito della Conferenza. Il suo lavoro ha fornito una base razionale e scientifica per tutte le successive proposte di modifica di una riforma innovativa, che ha profondamente rinnovato il curriculum dello studente di medicina. Tali studi e ricerche possono essere così sintetizzati:

Le prove di selezione per l'iscrizione al corso di laurea<sup>1</sup>;

Le soluzioni adottate dai Corsi di Laurea su esami, frequenze ed altri problemi<sup>2</sup>;

La prima indagine sul primo anno di applicazione del nuovo ordinamento<sup>3</sup>;

La situazione degli esami di laurea in Medicina e Chirurgia dopo il secondo anno di applicazione del nuovo ordinamento<sup>4</sup>;

Il nuovo ordinamento al termine del primo triennio<sup>4</sup>;

I Corsi di Laurea all'inizio del 4° anno<sup>5</sup>;

L'esperienza di applicazione della riforma del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia nel 1993<sup>6</sup>;

Un indagine europea sul numero dei Medici e

degli Studenti ammessi alle Facoltà di Medicina<sup>7</sup>;

L'apprendimento pratico nel triennio clinico. Importanza di una ricerca sulla didattica pratica in medicina<sup>8</sup>;

I risultati della ricerca nazionale sull'insegnamento pratico nel triennio clinico di medicina e chirurgia<sup>8</sup>.

Dopo tali indagini ed approfondimenti si è giunti alla modifica della Tabella XVIII con il Decreto pubblicato sulla G.U. n. 255 del 30.10.1996. In tale occasione, e sotto la guida di Luciano Vettore, la Conferenza si è impegnata in un grande lavoro pedagogico che si è concluso con la pubblicazione della *Guida all'applicazione del nuovo Ordinamento didattico* che ha fornito a tutti i Docenti delle varie Sedi indicazioni, suggerimenti e strumenti pedagogici che hanno permesso una sostanziale revisione della didattica e dell'impegno dei Docenti.

L'avvio della riforma universitaria con il Decreto 509/99, coinciso con la guida della Conferenza di Giovanni Danieli, ha sollecitato di nuovo tutte le Facoltà Mediche a rivedere la didattica e la preparazione del medico. In questo periodo, Danieli ha affidato a me il gravoso compito di continuare l'opera avviata da Curtoni istituendo l'Osservatorio Permanente con l'Archivio e la pagina web della Conferenza. Frutto di grande collaborazione, disponibilità e lavoro di tutti i Presidenti è stata la discussione e successiva pubblicazione su diverse indagini<sup>11-13</sup> circa l'effetto delle nuove modifiche e della nuova normativa sul percorso formativo degli studenti realizzate nelle varie Sedi. Nel contempo si è realizzata l'istituzione dell'archivio e della pagina web della Conferenza per garantire la consulenza e la fruibilità dei documenti prodotti ed un efficace strumento di informazione e comunicazione utile a tutti coloro che operano nell'organizzazione didattica.

In conclusione, il grandioso avvio dato da Curtoni alla conoscenza sul grado di applicazione della Tabella XVIII, assieme al grande fervore e rinnovamento effettuato da tutti i Presidenti e alla spinta propulsiva dei Presidenti della Conferenza che si sono succeduti, hanno permesso una profonda riflessione sul lavoro compiuto in questi anni, raccogliendo le esperienze migliori ed applicando importanti principi di pedagogia medica, con il fine di determinare un reale avanzamento culturale dei docenti nel campo della didattica e un considerevole miglio-

ramento nell'apprendimento degli studenti, che sono diventati il centro di tutta la didattica della Facoltà di Medicina.

#### **Bibliografia**

- 1) Curtoni S, Scandellari C. Prove di selezione per l'iscrizione al corso di laurea. *Med. Chir. 0*, 69-71, 1989.
- 2) Curtoni S, Mancino D., Danieli G. Esami, frequenze ed altri problemi: soluzioni adottate dai Corsi di Laurea. *Med. Chir. 0*, 140-147, 1990.
- 3) Curtoni S. Indagine sul primo anno di applicazione del nuovo ordinamento. *Med. Chir. 0*, 99-102, 1990.
- 4) Curtoni S. Situazione degli esami di laurea in medicina e Chirurgia dopo il secondo anno di applicazione del nuovo ordinamento. *Med. Chir. 0*, 161-166, 1991.
- 5) Danieli G, Curtoni S., Ferini C., Mancino D. Il nuovo ordinamento al termine del primo triennio. *Med. Chir. 0*, 169-173, 1991.
- 6) Curtoni S. I Corsi di Laurea all'inizio del 4° anno. *Med. Chir. 7*, 211-216, 1992.
- 7) Curtoni S. L'esperienza di applicazione della riforma del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. *Med. Chir. 8*, 244-257, 1993.
- 8) Curtoni S. Un'indagine europea sul numero dei Medici e degli Studenti ammessi alle Facoltà di Medicina. *Med. Chir. 9*, 343-347, 1994.
- 9) Curtoni S., Casti A., Cinti S. L'apprendimento pratico nel triennio clinico. Importanza di una ricerca sulla didattica pratica in medicina. *Med. Chir. 11*, 393-394, 1995.
- 10) Curtoni S., Ansaloni D. I risultati della ricerca nazionale sull'insegnamento pratico nel triennio clinico di medicina e chirurgia. *Med. Chir. 11*, 395-411, 1995.
- 11) Casti A. Prima indagine conoscitiva sullo stato di attuazione del nuovo Ordinamento didattico. *Med. Chir. 16*, 587-590, 2001.
- 12) Casti A. Indagine sull'applicazione del nuovo ordinamento didattico del Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia nei primi anni dall'avvio della riforma sull'autonomia didattica. *Med. Chir. 20*, 749-780, 2003.
- 13) Casti A. Archivio e pagina web della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CCLMC in Medicina e Chirurgia. *Med. Chir. 27*, 1027-1028, 2005.



Presidenti dei Consigli di CLM in Medicina e Chirurgia	
Sedi	Presidenti
Ancona	Prof. Giovanni Danieli ( <i>Coordinatore Generale della Commissione Didattica</i> ) Prof. Saverio Cinti, Coordinatore CLM
Bari	Prof.ssa Gilda Caruso
Bologna	Prof. Domenico Berardi
Brescia	Prof. Giuseppe Nardi
Cagliari	Prof. Amedeo Columbano
Catania	Prof. Enrico Vasquez
Catanzaro	Prof. Francesco Saverio Costanzo Preside di Facoltà
Chieti	Prof. Fabio Capani
Ferrara	Prof. Gioacchino Mollica
Firenze	Prof. Alessandro Mugelli
Foggia	Prof. Carmine Panella
Genova	Prof. Giancarlo Torre
L'Aquila	Prof. Massimo Casacchia
Messina	Prof. Alfredo Arsenio Carducci
Milano	Prof. Massimo Malcovati
Milano Vita-Salute S. Raffaele	Prof. Roberto Sitia
Milano-Bicocca	Prof.ssa Marzia Kienle
Modena	Prof. Aldo Tomasi
Napoli - Università Federico II	Prof. Guglielmo Borgia
Napoli - II Ateneo	Prof. Giovanni Delrio
Napoli-Caserta	Prof. Evangelista Sagnelli
Novara	Prof. Eugenio Torre <i>Presidente Commissione Didattica</i>
Padova	Prof. Oreste Terranova
Palermo	Prof. Antonino Bono
Parma	Prof. Maurizio Vanelli
Pavia - I Facoltà	Prof.ssa Maria Scappaticci
Perugia	Prof. Pierfrancesco Marconi
Pisa	Prof. Brunello Ghelarducci
Roma- La Sapienza I Facoltà	Prof. Eugenio Gaudio (Corso di Laurea A) Prof. Enrico De Antoni (Corso di Laurea B) Prof. Pietro Gallo (Corso di Laurea C) Prof. Andrea Lenzi (Corso di Laurea D) Prof.ssa Marella Maroder (Corso di Laurea e Polo Pontino, sede di Latina)
Roma - La Sapienza II Facoltà	Prof. Giuseppe Familiari
Roma - Tor Vergata	Prof. Andrea Modesti
Roma - Campus Bio-Medico	Prof.ssa Paola Binetti
Roma - Cattolica	Prof. Gian Battista Azzena
Sassari	Prof. Giuseppe Delitala
Siena	Prof. Gian Maria Rossolini
Torino	Prof. Luca Cordero di Montezemolo
Torino II Facoltà	Prof. Giuseppe Saglio
Trieste	Prof. Emanuele Belgrano
Udine	Prof. Alfred Tenore <i>Presidente Commissione Didattica</i>
Varese - Insubria	Prof. Francesco Pasquali
Verona	Prof. Alessandro Lechi