



## 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, Amos Casti, Gian Franco Gensini,  
Angelo Mastrillo, Luisa Saiani, Giuseppe Scotti,  
Enrico Vasquez

Direttore Editoriale, Luigi Frati

*Redazione:*

Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Università Politecnica delle Marche  
60020 Torrette di Ancona  
Tel. 071 2206101 - Telefax 071 2206103  
E-mail: g.danieli@univpm.it

Amministrazione e stampa, Errebi Grafiche Ripesi Falconara

Segretaria di Redazione, Daniela Pianosi

Direttore Responsabile, Giovanni Danieli

### Sommario

1199 Presentazione Luigi Frati e Giovanni Danieli

CONFERENZA PERMANENTE DEI PRESIDI DELLE FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

1200 L'applicazione a Medicina del nuovo Ordinamento didattico, punto di arrivo di un processo di lunga data e punto di partenza per nuove sperimentazioni didattiche Luigi Frati, Pietro Gallo, Andrea Lenzi, Enrico De Antoni, Marella Maroder, Eugenio Gaudio

1240 Considerazioni sul processo formativo dei laureati in Medicina e Chirurgia Cesare Meloni

DOSSIER

1215 Guida alla preparazione dei Corsi di Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie a cura di Giovanni Danieli e Luisa Saiani

CONFERENZA PERMANENTE DEI PRESIDENTI DEI CLM IN MEDICINA E CHIRURGIA

1236 Manifesto di intenti Andrea Lenzi

CONFERENZA PERMANENTE DELLE CLASSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE

1236 Tutorship e piccolo gruppo facilitano l'apprendimento dell'evidence-based medicine negli Studenti in Infermieristica in uno studio di coorte prospettico controllato Giovanni Pomponio, Gilda Pelusi, Marina Frattini, Fabio Mascella, Giovanni Danieli

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

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

\* \* \*

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

# Presentazione

Luigi Frati e Giovanni Danieli

Questo numero registra venti anni di profondi cambiamenti nell'ordinamento didattico delle Facoltà di Medicina e segna l'inizio di un nuovo periodo di iniziative e di progresso.

Nell'Editoriale di apertura, Luigi Frati, con il gruppo dei Presidenti di CLM di Medicina de *La Sapienza* - l'associazione non è casuale, ma indice di un efficace coordinamento - conduce un'analisi critica sui motivi che hanno reso indispensabile il rinnovamento, descrive le profonde innovazioni, evidenzia le criticità emerse in venti anni di sperimentazione didattica, indica le prospettive di miglioramento.

Sullo stesso piano si muove Cesare Meloni che, forte di una consolidata esperienza didattica, ricapitola anch'egli il cammino degli ordinamenti che si sono succeduti, partendo questa volta da due diversi confronti, la comparazione tra vecchi e nuovi, la comparazione tra gli ordinamenti nazionali e quelli europei; commenta quanto di valido e di incisivo ha portato il nuovo - tra l'altro non dimentichiamo che il nostro primo progetto ("la nuova" Tab. XVIII 1986) ha costituito il modello del percorso formativo europeo, tant'è che non abbiamo avuto alcuna difficoltà ad applicarlo - ma anche individua acutamente le criticità e propone un nuovo modello di piano di studio che potrebbe ovviare a molti degli inconvenienti riscontrati.

Sulla proposta Meloni val la pena soffermarsi, perchè può essere foriera di importanti sviluppi; noi vorremmo, al proposito, invitare tutti i nostri Lettori a partecipare ad un Forum di discussione da aprire su queste pagine, partendo dalle risposte possibili al progetto presentato, ma anche aprendo nuovi spazi, formulando ulteriori proposte per un domani che è già cominciato.

Restando nel passato recente è il caso di ricordare il ruolo che la Conferenza Permanente dei CLM in Medicina e Chirurgia, sempre ispirata alla Conferenza dei Presidi, ha avuto nell'interpretare leggi e decreti e nel coordinare l'applicazione degli stessi. Giovanni Danieli ed Amos Casti, che in questi vent'anni si sono alternati alla segreteria di questo singolare sodalizio, fatto di talentuosi entusiasti propugnatori del nuovo, riassumono i venti anni di attività, caratterizzati da forte motivazione e grande impegno.

Si volta pagina e si guarda al futuro.

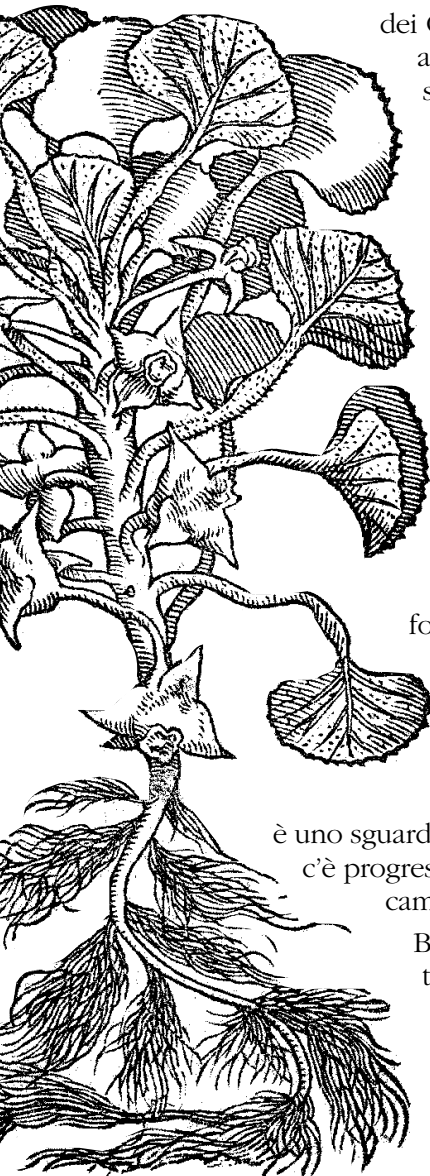
Andrea Lenzi nuovo Presidente di questa Conferenza ha preparato, con il suo gruppo di collaboratori, il programma del prossimo triennio, sotto forma di un manifesto di intenti, articolato per obiettivi da raggiungere. A guardarla bene, è una costruzione razionale ed ambiziosa che potrà fornire risultati molto interessanti.

Uno sguardo al futuro rappresentano anche i due ultimi scritti di questo fascicolo; il primo è un Dossier che riporta le conclusioni raggiunte nel Seminario di Portonovo sulle Lauree Magistrali, un'esperienza nuova per tutti noi e quindi meritevole di attenzione e di studio.

Il Dossier può costituire un'iniziale guida per la costruzione dei percorsi formativi di queste lauree e la sede di un dibattito migliorativo. Già nel prossimo numero si preannunzia la prosecuzione di questa iniziativa con un Dossier dedicato esclusivamente al Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. Noi contiamo che ne seguano degli altri.

Nell'ultimo lavoro Giovanni Pomponio e i suoi collaboratori presentano i risultati di una ricerca pertinente la formazione infermieristica; anche questo è uno sguardo al futuro: non c'è progresso nella didattica - e qui diciamo cose ovvie - non c'è progresso nell'assistenza medica senza ricerca; allora che questo avvenga anche nel campo delle professioni sanitarie. Parliamone.

Buon anno a tutti e, con la collaudata generosità dei Presidi, rileggiamoci ogni tre mesi su queste colonne.



# L'applicazione a Medicina del nuovo Ordinamento didattico, punto di arrivo di un processo di lunga data e punto di partenza per nuove sperimentazioni didattiche

Luigi Frati, Pietro Gallo, Andrea Lenzi, Enrico De Antoni, Marella Maroder, Eugenio Gaudio  
(Università di Roma "La Sapienza")

## Introduzione

La revisione dell'ordinamento didattico del 1999, che ha portato una vera rivoluzione in molti Corsi di laurea, con processi di assestamento tutt'altro che conclusi, ha invece modificato solo in piccola parte il *curriculum studiorum* del Corso di laurea in Medicina, fresco di due profonde ristrutturazioni (1986 e 1996).

Pertanto, prima di parlare dell'impatto che il nuovo ordinamento didattico ha avuto sul nostro Corso di Laurea, è opportuna una breve premessa su quanto è avvenuto negli anni '80 e '90.

## Lo scenario di partenza

Lo scenario di partenza è l'ordinamento didattico "monolitico" della Facoltà di Medicina e Chirurgia, che si identificava con l'omonimo Corso di Laurea, definito con la Riforma Gentile (Tabella XVIII, Regio Decreto 28 novembre 1935 n. 2044). Gli insegnamenti si distinguevano tra fondamentali (in numero di 21) e complementari (se ne dovevano obbligatoriamente sostenere 3). Inizialmente erano inclusi tra i complementari insegnamenti come microbiologia, chimica biologica e radiologia (che divennero fondamentali con la Legge 3 novembre 1952, n. 1787) e come istologia ed embriologia medica, semeiotica medica, malattie infettive, medicina del lavoro, psicologia, clinica ortopedica, urologia.

Nel 1980, con la istituzione del Consiglio Universitario Nazionale, si avvia un processo complessivo di riforma, che ha portato già nel 1981 alla diversificazione dei percorsi formativi "a ciclo unico europeo" (Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e neo-istituito Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria) e poi, dal 1991, alla progressiva collocazione nell'ambito della Facoltà di Medicina della formazione di tutte le professioni sanitarie. In questo iter riformatore si iscrivono due successive revisioni dell'ordinamento didattico del C.L. in Medicina (con due revisioni della Tabella XVIII: nel 1986 e nel 1996). Prima di ricordare le tappe salienti di questo processo di riforma, è utile fare un cenno allo scenario culturale di fondo che ha reso necessari questi interventi legislativi.

Negli ultimi decenni, la conoscenza scientifica

in generale, e quella medica in particolare, hanno subito un inaudito processo di accelerazione: una vera e propria crescita esponenziale del sapere. Ciò ha portato ad almeno quattro conseguenze principali.

La prima è che il sapere medico è soggetto ad una rapidissima obsolescenza. Una volta, un professionista sanitario poteva più o meno "vivere di rendita" per l'intera vita professionale con quanto aveva appreso durante l'iter formativo universitario. Oggi è divenuto indispensabile un processo di educazione continua in medicina, che - purtroppo - in Italia rischia di sfuggire di mano alle istituzioni costituzionalmente preposte alla formazione, quali le Università e le Accademie.

La seconda conseguenza dell'accelerazione delle conoscenze è stata la crisi del supporto cartaceo come fonte di trasmissione del sapere medico. I tempi lunghi imposti dai processi editoriali fanno sì che non solo i manuali ma perfino le riviste scientifiche non riescano a stare al passo con i tempi e a fornire un'informazione aggiornata. Ne è derivata la diffusione delle riviste *on-line* e - soprattutto - l'accesso sempre più diffuso e, purtroppo, sempre più indiscriminato, a fonti di informazione in rete (internet). Questo cambiamento costringe il Corso di Laurea in Medicina ad includere tra i suoi obiettivi formativi l'acquisizione della capacità di valutare criticamente le fonti di informazione in rete, per dar modo al futuro medico di indirizzare correttamente non solo il proprio aggiornamento e la propria ricerca, ma anche quella che il paziente compie ormai in modo autonomo.

Una terza conseguenza dell'accelerazione delle conoscenze è che non è più possibile un approccio esaustivo alla trasmissione delle conoscenze. Non è più proponibile "stipare" tra gli obiettivi didattici di un corso di laurea l'intero scibile medico ed è necessario giungere ad una definizione di un *core curriculum*, ovvero del complesso delle conoscenze irrinunciabili che ciascun medico deve necessariamente possedere, e che il Corso di Laurea deve trasmettere.

Una quarta conseguenza della crescita esponenziale delle conoscenze è che questa impone

la specializzazione del sapere medico.

Nell'organizzazione di un Corso di Laurea in Medicina ciò comporta la necessità di corsi - a volte anche monodisciplinari - multidocente. Questa conseguenza non è però priva di valenze negative, perchè la presenza di più docenti può comportare la frammentazione del rapporto educativo implicitamente insito nella relazione diretta docente-discente. La soluzione può essere quella di passare dal docente unico ad una comunità co-educante di docenti, capace di stipulare con gli studenti un patto formativo coerente e condiviso. In altri termini, si tratta di passare dal corso multidocente al corso integrato.

Chiarite brevemente le premesse culturali che hanno motivato e guidato il processo di riforma, è ora possibile passarne brevemente in rassegna le tappe salienti. Una prima revisione degli ordinamenti didattici è attuata con il D.P.R. 95/1986: il nuovo Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia si caratterizza per numero programmato, didattica per obiettivi formativi e di apprendimento teorici, pratici e comportamentali (centralità dello studente: sapere, saper fare, saper essere), didattica per corsi integrati tenuti da più docenti coordinati tra loro (con abolizione della distinzione tra materie fondamentali e materie complementari), suddivisione del piano formativo in ore minime di apprendimento per ciascun corso integrato, con tempo pieno dello studente. La riforma seguiva alcune innovazioni didattiche particolarmente positive (Università di Lovanio e Bruxelles in Belgio; Università di Utrecht e di Maastricht in Olanda; MacMaster University in Canada) ed il modello italiano veniva infine adottato, nel 1991, dall'Advisory Committee on Medical Training della CEE (Undergraduate Medical Education Committee) imponendosi come sistema europeo.

La seconda rivoluzione in pochi anni si ebbe con la Legge 19 novembre 1990 n. 341 (Riforma degli ordinamenti didattici universitari), che ha consentito di istituire percorsi universitari triennali in tutte le Facoltà (Corsi di Diploma universitario), abolendo le Scuole dirette a fini speciali (ad es. le Scuole di Ostetricia annesse alle Cliniche Ostetrico-ginecologiche). Le professioni sanitarie da tempo chiedevano di uscire dal sistema formativo regionale e di adeguare il livello formativo a quanto stava avvenendo in Europa, e la Legge 341 ha offerto tale opportunità. Per la verità, la legge di delega (art. 1 della Legge n. 421/1992) e la norma delegata erano fortemente lacunose, ma CUN e Consiglio Superiore di Sanità hanno poi adottato il modello

già utilizzato per il Corso di Laurea in Medicina (numero programmato, didattica in semestri e corsi integrati, ore minime), con l'aggiunta normativa del tirocinio, il cui coordinamento veniva affidato ad un docente della professione con il più alto livello formativo nella stessa.

Nel 1996 un'ulteriore revisione dell'ordinamento didattico del Corso di Laurea in Medicina ha perfezionato la riforma riducendo il numero degli esami, ed introducendo nuovi strumenti organizzativi, come il credito formativo - inteso come unità di misura dell'impegno didattico del docente - e la distinzione tra attività didattiche formali, interattive a piccoli gruppi, ed opzionali.

### **Innovazioni legate al nuovo ordinamento didattico**

Il D.M. 3 novembre 1999 n. 509 (Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli Atenei) ha avuto il pregio di adeguare anche il linguaggio a criteri pedagogici, ed ha introdotto alcune significative novità anche nel più volte riformato *curriculum* medico.

Un primo esempio di questa attenzione pedagogica nuova è dato dalla diversa definizione del credito formativo universitario [CFU]. Questo rappresenta "la misura del volume di lavoro di apprendimento richiesto ad uno studente in possesso di adeguata preparazione iniziale per l'acquisizione di conoscenze e abilità nelle attività formative previste dagli ordinamenti didattici dei corsi di studio" (art. 1 comma 1, lettera l). Mentre con la Tabella XVIII/96 un credito corrispondeva a 3,5 ore di impegno del docente, con il D.M. 509/99 un CFU corrisponde a 25 ore di impegno dello studente. Al di là della diversa equivalenza oraria, la novità sta nel passaggio da una didattica centrata sul docente e sull'insegnamento ad una centrata sullo studente e sull'apprendimento. Di più, il nuovo ordinamento permette di modulare la distribuzione delle 25 ore di impegno-studente in articolazioni diverse a seconda della tipologia di attività formativa. Nell'affrontare le scienze di base il lavoro dello studente privilegerà il tempo dedicato allo studio individuale, mentre con le attività professionalizzanti sarà l'impegno sul campo a prevalere.

Un'altra innovazione importante - in un'Università tradizionalmente legata ad un'unica forma di didattica formale (la "lezione *ex-cathedra*") e di valutazione dell'apprendimento (l'esame orale) - è la definizione di diverse forme di attività di insegnamento

(lezioni *ex cathedra*, seminari, conferenze, didattica tutoriale) che diventano istituzionalmente articolate in diverse modalità, per raggiungere i diversi obiettivi didattici.

Un altro pregio del nuovo ordinamento è la distribuzione omogenea del carico didattico nei sei anni di corso. Grazie alla definizione del CFU come misura dell'impegno dello studente, si è passati da un *curriculum* che diventava bruscamente più impegnativo al IV anno di Corso, ad un sistema omogeneo che distribuisce i 360 CFU complessivi in 60 CFU per anno.

Infine, va osservato che per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia la principale novità introdotta con l'applicazione della Riforma del DM 509/99 è legata alla introduzione, all'interno dei sei anni di corso, di un anno di tirocinio, pari a 60 CFU, da dedicare ad attività professionalizzanti. Si tratta di una rivoluzione culturale che trasforma l'obiettivo del Corso di laurea in Medicina da quello di insegnare la medicina a quello di insegnare a fare il medico. I medici italiani sono sempre stati apprezzati, nel mondo, per la solidità del loro corredo di competenze conoscitive ma – di fatto – il laureato in Medicina non aveva competenze operative e relazionali. Il Nuovo Ordinamento Didattico prescrive, invece, che lo studente svolga attività formative professionalizzanti frequentando le strutture assistenziali per almeno 60 CFU (l'equivalente di un anno di corso).

L'idea originaria del legislatore era quella di completare gli studi medici con un anno di tirocinio professionalizzante, da svolgersi presso il Sistema Sanitario Nazionale, distinto dalle altre attività didattiche impartite dall'Università. La Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina, contrastando con forza la ipotesi originaria del cosiddetto 5+1 (5 anni di Corso di Laurea – così come per tutte le altre Facoltà – più 1 anno di tirocinio presso gli Ospedali) ha però immediatamente colto l'opportunità di non fare delle attività professionalizzanti un mero tirocinio slegato dalla didattica formale. I diversi Corsi di Laurea hanno, così, potuto distribuire i 60 CFU professionalizzanti nei diversi anni di corso, con una operazione culturale di grande significato. Intanto si è preso atto che anche le scienze di base possono impartire al futuro medico degli insegnamenti utili per la sua pratica professionale (il cammino verso la medicina molecolare è ormai stabilmente avviato). In secondo luogo, si è compreso che le attività professionalizzanti includono l'apprendimento di specifiche abilità operative che

devono essere acquisite di pari passo con lo studio della patologia: ad esempio, studiare alcune cardiopatie senza nel contempo acquisire nozioni pratiche di elettrocardiografia è privo di utilità. Come ultima fase, dopo che lo studente avrà appreso la patologia e saprà destreggiarsi in modo autonomo con le *practical skills*, l'approdo alla clinica dovrà coincidere con attività professionalizzanti di tirocinio (la *clinical clerkship*) che portino lo studente ad applicare – e perfezionare – il proprio bagaglio di conoscenze ed abilità in contesti reali (la corsia, ma anche l'ambulatorio e la medicina sul territorio). In questo modo viene a cadere la tradizionale e capziosa differenza tra un'Università sede del sapere teorico ed un Sistema sanitario ambito della pratica professionale, e il Corso di Laurea in Medicina si fa carico, in modo unitario, della trasmissione di competenze conoscitive, operative e relazionali.

#### **Prospettive e limiti**

Il limite principale dell'applicazione del nuovo ordinamento didattico sta innanzitutto nella



difficoltà con la quale un corpo docente necessariamente vasto sta acquisendo le competenze ed il coordinamento indispensabili per far fruttare al meglio le innovazioni curriculari. La criticità più evidente sta nel passaggio dal corso monocattedra a veri corsi integrati, con apporti interdisciplinari, un efficace coordinamento, e la possibilità di un largo ricorso alla co-presenza tra docenti diversi.

Il rischio di una eccessiva frammentazione dei Corsi Integrati, a volte non giustificata da vere motivazioni didattiche e scientifiche, e di una proliferazione di moduli di insegnamento – con la conseguenza di una impossibilità di coordinamento e di una disaffezione sia dei discenti che dei docenti – va attentamente monitorizzato e prevenuto, identificando bene gli obiettivi didattici ed evitando che il Corso da integrato divenga dis-integrato, come risultato di una mera sommatoria di micro-moduli disciplinari.

Altro problema da registrare è quello del tirocinio professionalizzante, distribuito nei vari anni dal secondo in poi, che va bene organizzato, rendendolo effettivamente fruibile e poi verificabile per ciascun discente, e che deve costituire uno degli impegni più responsabili dei docenti, soprattutto nelle materie cliniche.

Altro rischio da evitare è quello di una eccessiva “liceizzazione” dell’insegnamento, con gli studenti eccessivamente impegnati (a volte fino ad oltre 10 ore al dì) nella attività didattica organizzata nelle varie forme, senza il tempo necessario per la digestione ed introiezione critica del percorso formativo ed intellettuale proprio della formazione accademica.

Rispetto ad altri Corsi di Laurea, la introduzione del numero programmato per il Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia riduce al minimo le problematiche di inserimento dei laureati nel mondo del lavoro: infatti, i posti nelle Scuole di Specializzazione e per la Medicina Generale assorbono praticamente tutti i laureati, ed il numero programmato sul fabbisogno del SSN garantisce a tutti i laureati (secondo alcune proiezioni a partire dall’ormai non troppo lontano – per chi si iscrive oggi – 2025) una prospettiva di inserimento ragionevolmente sicura.

Infine, una importante caratteristica del DM 509/99 è stata quella di garantire l’autonomia dei singoli corsi di laurea. Al di là del vincolo rappresentato dalla necessità di formare un medico che superi l’esame di stato per l’abilitazione all’esercizio professionale ed abbia, quindi, requisiti culturali e professionali adeguati ad uno standard di tipo Europeo, l’autonomia dei Corsi di laurea sta permettendo la nascita di esperienze di sperimentazione didattica e pedagogica che sono pegno di un’evoluzione continua nel processo di definizione del *curriculum* medico e che stanno portando il Corso di laurea in Medicina a caratterizzarsi per la sua modernità ed efficacia formativa.

## Considerazioni sul processo formativo dei laureati in Medicina e Chirurgia

Cesare Meloni (Pavia)

### Premessa

“L’Università Italiana ha una percentuale di laureati, rispetto agli iscritti, tra le più basse d’Europa”; “Anche gli studenti che si laureano non hanno una preparazione del tutto adeguata al corretto assolvimento dell’attività professionale cui sono destinati”.

Queste sono le due critiche più frequenti che si sentono fare sulle nostre Università.

Avallate, peraltro, dalla Conferenza Nazionale dei Rettori (CRUI) che le ha inserite, sottolineandone gli aspetti negativi, nella terza relazione annuale sullo stato degli Atenei Italiani recentemente presentata.

Riferite, come sono, agli Atenei nel loro complesso, tali critiche risultano essere valide ed attuali anche per le sole Facoltà di Medicina e Chirurgia? E se sì, in quale misura?

E quali sono le cause che le sostengono? A questi interrogativi si propone di dare una risposta il presente lavoro attraverso un’analisi del processo formativo degli studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia che frequentano le Facoltà del nostro paese.

### Abbandoni precoci e ritardi nella laurea

Gli abbandoni precoci si verificano anche nelle Facoltà mediche per fortuna, però, in numero molto minore rispetto alle altre Facoltà.

Ciò è connesso alla rigorosa selezione che viene effettuata al momento dell’iscrizione in virtù del ristretto numero programmato su scala nazionale.

Entrano, in tal modo, nel corso di Laurea, soltanto i più motivati che, pur in presenza di difficoltà, raramente decidono di abbandonare.

Più frequenti, anche se pure in questo caso in numero minore rispetto ad altre Facoltà, i ritardi nel conseguimento della Laurea.

Le cause di questi due fenomeni che connotano negativamente l’attività dei nostri Atenei sono da ricercare non solo nella carenza di risorse umane e strutturali (mali di cui le nostre Università soffrono cronicamente) quanto, e soprattutto, nel funzionamento deficitario della scuola media superiore che licenzia diplomati di livello culturale insufficiente e con metodo di studio inadeguato.

Ciò fa sì che tali studenti faticino ad inserirsi nel processo formativo universitario accumulando ritardi o, per i più deboli, cedimenti che esitano in precoci abbandoni.

### Laureati preparati in modo non adeguato all’assolvimento ottimale dei compiti professionali cui sono destinati

La critica riportata in epigrafe pur se enfatizzata non risulta essere, tuttavia, senza fondamento.

Le Facoltà di Medicina e Chirurgia hanno sempre avuto ed hanno tuttora grandi difficoltà a conferire una adeguata preparazione pratica ai propri studenti per la cronica carenza di strutture assistenziali specificamente dedicate all’attività formativa.

In conseguenza di ciò i laureati italiani sono da sempre stati considerati di gran lunga superiori ai loro colleghi europei e statunitensi come livello culturale (generale e specifico), difettando, invece, di una adeguata pratica in ambito clinico.

Con gli ordinamenti didattici in vigore in questi ultimi anni il *gap* esistente in riferimento alla formazione pratica, si sta gradualmente riducendo anche se, in misura tuttora insoddisfacente. A questo elemento positivo si accompagna, però, una riduzione di adeguatezza del processo formativo nel suo complesso per i contenuti e le modalità organizzative dei piani di studio previsti dagli ordinamenti in vigore.

Per comprendere adeguatamente questa affermazione risulta necessario prendere in esame l’iter evolutivo degli ordinamenti didattici del Corso di Laurea succedutisi in questi ultimi 20 anni.

### Il percorso formativo medico pre-laurea

Come appare dall’esame della Tab. 1 l’ordinamento didattico del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ha subito dal 1985 ad oggi ben quattro modificazioni assumendo l’aspetto di un cantiere in continua evoluzione. Ciò con l’obiettivo di rendere l’insegnamento più efficiente assimilandolo, per entità e contenuti dell’attività didattica impartita, a quelli adottati in altri paesi dell’Unione Europea. Obiettivo in parte raggiunto non senza, però, alcune sofferenze che rendono, oggi, il percorso seguito non del tutto efficace e come tale meritevole di un opportuno adeguamento.

Seguendo l’iter evolutivo riportato nella tabella si vede come, fino al 1986, lo studente iscritto al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia poteva conseguire la Laurea avendo superato 28 esami (25 attinenti insegnamenti fondamentali e 3 complementari).

Il Corso di Laurea contemplava allora una rigida gerarchia degli insegnamenti suddivisi in biennali, annuali e semestrali. Gli otto insegnamenti biennali,

Tipo di Ordinamento Didattico	Suddivisione Calendario Didattico	Consistenza Attività Formativa	N° esami da sostenere	Tipologia Attività Didattica	Tirocinio Pratico	Principali caratteristiche qualificanti
Ante tab. XVIII (fino all'anno 1985-1986)	3 bienni	1500 ore	25 Fondamentali + 3 Complementari	Prevalentemente formale (Esercitazioni facoltative)	6 mesi post-laurea	- Rigida gerarchia insegnamenti (Biennali, Annuali e Semestrali) - Accorpamento nozioni cliniche con assenza Corsi discipline specialistiche.
Tabella XVIII (G.U. 28/21/1986)	2 trienni (12 semestri)	5500 ore	55	Formale + Teorico-pratica + Integrativa	6 mesi post-laurea	- Istituzione Corsi Integrati raggruppati in Aree Didattiche - Tutte le materie specialistiche previste nell'ordinamento didattico con corsi autonomi
Tabella XVIII bis (DPR 27/7/1987)	2 trienni (12 semestri)	5500 ore	55	Formale + Teorico-pratica + Integrativa	6 mesi post-laurea	- Soltanto qualche piccolo spostamento di discipline nell'arco dei 6 anni di corso rispetto all'ordinamento precedente
Tabella XVIII ter (G.U. 255 del 30/10/1996)	12 semestri	5500 ore	36	Formale, Interattiva, Opzionale Autonoma	800 ore all'interno dei 6 anni del C.d.L.	- Introduzione sistema dei crediti - Maggiore spazio alla didattica interattiva a piccoli gruppi - Introduzione della didattica opzionale (Didattica più articolata e più ricca di contenuti. Riduzione numero di esami. Accorpamento materie specialistiche di contenuti affini)
Laurea Specialistica 46/S (D.M. 28/11/2000)	12 Semestri	360 C.F.U.	36	Formale, Interattiva, Opzionale (o Elettiva)	30 C.F.U. all'interno dei 6 anni del C.L.	- Corsi organizzati in moduli comprendenti materie diverse

Tab. 1 - Evoluzione del percorso formativo del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia - Caratteristiche degli Ordinamenti didattici in uso dal 1985 al 2005. Durata del Corso di Laurea: 6 anni.

(Anatomia, Fisiologia, Patologia Generale, Patologia Medica e Chirurgica, Anatomia Patologica e Clinica Medica e Chirurgica) costituivano il *core curriculum* fondamentale che costituiva una guida sicura per lo studente. Esso era inoltre affiancato da alcuni importanti esami annuali, che ne completavano i contenuti culturali e pratici, e da qualche semestrale.

L'attività didattica era pressoché esclusivamente formale con previsione di esercitazioni pratiche facoltative. Non sarebbe stato possibile, del resto, fare altrimenti dato l'elevato numero di studenti da seguire, in considerazione del fatto che l'iscrizione al Corso di Laurea era allora libera.

Il vantaggio di quel tipo di organizzazione era costituito dalla presenza di un *core curriculum* ben definito che aiutava certamente lo studente.

Gli svantaggi, altrettanto evidenti, erano costituiti dalla già ricordata scarsissima attività pratica professionalizzante e dall'assenza, fra gli insegnamenti obbligatori, delle discipline specialistiche essendo tutto il sapere clinico assorbito dai due insegnamenti biennali di Patologia e Clinica, Mediche e Chirurgiche.

Scarsa considerazione quindi delle discipline specialistiche alcune delle quali, peraltro, avevano già conseguito una marcata differenziazione con un

ricco bagaglio culturale specifico tale da meritare certamente il riconoscimento di componenti didattiche autonome (es. Cardiologia, Ematologia, Pneumologia etc.)

A questa lacuna rimediò l'ordinamento emanato nel 1986 con la denominazione di Tabella XVIII. Tale ordinamento introdusse molte novità sostanziali. In primo luogo fissò il lavoro studente, per l'intero Corso di Laurea in 5500 ore in adeguamento a quanto previsto nelle altre nazioni della U.E. stabilì l'organizzazione dell'attività formativa suddivisa in Aree Didattiche comprendenti Corsi Integrati di discipline affini con durata di regola semestrale; assegnò corsi autonomi a tutte le discipline specialistiche; introdusse l'obbligatorietà dell'attività teorico – pratica da erogare a piccoli gruppi in aggiunta a quella formale.

Una vera rivoluzione rispetto all'ordinamento precedente. Certamente utile anche se non priva di inconvenienti di sicuro rilievo. La concessione di dignità di insegnamento autonomo a tutte le discipline specialistiche oltre a risultare eccessiva e poco motivata nel processo formativo del medico generico (in riferimento, soprattutto, ad alcune discipline ultraspecialistiche quali: Cardiochirurgia, Chirurgia Plastica, Chirurgia Maxillo – facciale etc). fece lievitare il numero di esami da superare per il

Università considerate	Durata Corso di Laurea	Tipologia processo formativo	Tipologia attività didattica Formale/Interattiva	N° esami obbligatori	Completamento attività didattica formale	Tirocinio	Clinico	Professionalizzante
						Durata complessiva	Attività in forma diffusa nei 6 anni di corso	Attività in forma concentrata
Bruxelles	7 anni	Sbarramento Preclin./clin.	50/50	32	6 anni	32 settimane	3°-7° anno	(metà 7° anno)
Parigi 6 (Pierre-Marie Curie)	6 anni	Sbarramento dopo tronco comune	No interattiva	30	5 anni	2 anni	2°-6° anno	(metà 6° anno)
Madrid	6 anni	Continuo	50/50	31	6 anni	6 mesi	4°-6° anno	
Lipsia	6 anni	Sbarramento Preclinico/clinico	60/40	36	5 anni	1 anno	/	Tutto il 6° anno
Liverpool	5 anni	Continuo	/	/	4 anni	62 settim.	12 settim. al 3° anno	Tutto il 5° anno
Bratislava	6 anni	Continuo	50/50	32	5 anni	60 settim.	dal 3° al 5° anno tirocinio estivo	Tutto il 6° anno

Tab. 2 - Principali caratteristiche degli ordinamenti didattici nelle Università di alcuni paesi dell'Unione Europea.

conseguimento della laurea a 55.

Circa 10 all'anno, cioè; un numero eccessivo che ebbe per effetto, fra l'altro, di ridurre la potenzialità sicuramente positiva della didattica teorico - pratica non molto frequentata dagli studenti per il rilevante impegno richiesto dallo studio tradizionale.

Un anno dopo, nel 1987 fu emanato un nuovo ordinamento (tabella XVIII bis) che lasciò, però, praticamente immutato il precedente introducendo solo qualche aggiustamento spazio - temporale degli insegnamenti previsti all'interno dei 6 anni di corso.

Nell'anno 1996 si verificò, invece, un'altra svolta importante, con l'emanazione della tabella XVIII ter.

Venne introdotto, in primo luogo, il sistema dei crediti che sostituì le ore nella definizione della durata dei corsi.

L'attività didattica si presentò più articolata e più ricca di contenuti, con la previsione, fra l'altro, della didattica opzionale.

Risultò ampliato, inoltre, lo spazio concesso alla didattica interattiva da svolgere a piccoli gruppi e fu previsto il tirocinio pratico all'interno del percorso formativo pre-laurea.

Ma, soprattutto, come elemento più qualificante, si verificò un accorpamento delle discipline specialistiche a contenuto affine con una opportuna riduzione del numero di esami da sostenere, determinati in 36.

Non si tornò ai 28 degli anni precedenti il 1986 ma ci si avvicinò con un conseguente carico di lavoro per gli studenti decisamente più accettabile.

Nell'anno 2000, infine, in ottemperanza alla normativa che definisce i nuovi titoli di studio venne emanato l'ordinamento per la Laurea Specialistica 46/S attualmente in vigore.

Con questo ultimo ordinamento sono stati definiti meglio alcuni obiettivi già esplicitati nella tabella XVIII ter senza l'introduzione di significative modifiche.

L'attività formativa è rimasta articolata in 36 corsi integrati organizzati al loro interno in moduli attinenti discipline diverse ma con contenuti fra loro compatibili. Con l'onere, quindi per gli studenti di sostenere 36 esami per poter accedere al conseguimento della Laurea.

#### Difetti e limiti dell'ordinamento in vigore

Sarebbe ingiusto ed ingeneroso non riconoscere i miglioramenti introdotti nel processo formativo dei medici dagli ordinamenti che si sono susseguiti nel corso di questi ultimi 20 anni. Oltre ad allineare il nostro ordine di studi a quello esistente in altri paesi della U.E. si è verificata una riduzione, pur se tuttora insufficiente, della cronica carenza di preparazione pratica professionalizzante mantenendo sostanzialmente immutata la bontà del livello culturale complessivo.

Anche l'introduzione, nel piano di studi, delle

<b>A) Parametri Immodificati</b>	
1) Durata del Corso 2) Consistenza Attività Formativa 3) Tipologia Attività Didattica 4) Organizzazione Attività Formativa	= 6 anni = 360 C.F.U. = Formale; Interattiva; Opzionale (o Elettiva) = Corsi Integrati contenenti discipline affini
<b>B) Parametri modificati</b>	
5) Attività Didattica interattiva	= possibilmente pari come valore medio al 40% della didattica complessiva con punte dell'80% per gli insegnamenti di Semeiologia clinica
6) Numero di esami da sostenere per accedere alla laurea	= 30 di cui 27 fissi + 3 opzionali scelti entro l'offerta definita dal Consiglio di Facoltà
7) Tirocinio Clinico Professionalizzante	= 8 mesi di cui: ◦ 4 in periodo estivo dal 2° al 5° anno ◦ 4 nel corso del sesto anno
8) Sbarramento alla fine del secondo biennio	
9) Aree didattico - formative	Primo Anno di Corso = Area della Formazione di base Secondo Anno di Corso = Area Morfo - Funzionale Terzo Anno di Corso = Area delle Investigazioni Clinico - Diagnostiche Quarto Anno di Corso = Area della Fisiopatologia e Propedeutica Clinica Quinto Anno di Corso = Area della Medicina Clinica e Preventiva Sesto Anno di Corso = Area della Metodologia Clinica Sistemática e della Medicina Pubblica

Tab. 3 - Proposta di una possibile nuova articolazione del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

varie discipline specialistiche in forma di insegnamenti autonomi, dopo il primo grosso inconveniente provocato dall'ordinamento tabellare XVIII e XVIII bis con previsione di 55 esami complessivi, ha subito, poi, con l'aggregazione di discipline affini in Corsi integrati, un aggiustamento in apparenza accettabile con una sensibile riduzione del numero di esami previsti ora, nell'ordinamento tabellare, in numero di trentasei.

Solo teoricamente, però purtroppo, e non nella reale applicazione pratica, almeno in molti casi. E qui sta il motivo principale della non ottimale adeguatezza dell'attuale ordinamento degli studi.

A parte la presenza di scarsissima o nulla utilità pratica, per la preparazione del medico generico, di alcuni insegnamenti attinenti discipline ultraspecialistiche, i Corsi Integrati, per svolgere adeguatamente le funzioni per le quali sono stati ideati (ridurre il carico di lavoro complessivo concentrando le nozioni di diverse discipline affini in un unico esame) devono rispettare le seguenti due condizioni: limitare, da parte di ciascuna disciplina appartenente al corso, le nozioni erogate al minimo livello indispensabile; attuare la verifica dell'apprendimento con un solo esame.

Condizioni non sempre, o addirittura raramente, rispettate. Ogni docente, infatti, tende a dilatare oltre l'indispensabile le nozioni da impartire.

Per effetto di ciò unitamente alla difficoltà di concordare, da parte di più docenti, una data comune per la prova di valutazione, lo studente è spesso costretto a fare tanti "mini" esami per quanti sono gli insegnamenti impartiti all'interno del Corso Integrato i cui esiti vengono poi trasformati in un unico voto mediato.

In tal modo il numero di esami può divenire molto alto; ritornando ai 55 o più esami del primo ordinamento tabellare XVIII con l'aggravante dell'obbligo, ora esistente, della frequenza all'attività pratica a piccoli gruppi che fortunatamente viene ora, almeno in parte, eseguita.

L'impegno di lavoro per gli studenti diviene, in tal modo, molto elevato.

Ciò induce molti di loro (soprattutto quelli che sono rimasti un po' indietro nel piano di studi) a preparare gli esami soltanto su dispense ridotte.

Impedisce, inoltre, a tutti, per mancanza di tempo, di riflettere adeguatamente sul significato delle nozioni apprese; e soprattutto di stabilire i necessari collegamenti sui contenuti delle diverse discipline conseguendo quella capacità di sintesi che costituisce l'elemento fondante del sapere medico.

Gli studenti, cioè, accumulano molte nozioni senza, però, inquadrarle criticamente. Tali nozioni, poi, per carenza di collegamenti reciproci, rimangono incasellate separatamente, come se fossero

**1) Primo Anno di Corso**

1 Ottobre – 31 Gennaio	= Primo Semestre
1 – 28 Febbraio	= Esami C.I. Primo Semestre
1 Marzo – 15 Giugno	= Secondo Semestre
15 Giugno – 15 Luglio	= Esami C.I. Secondo Semestre
1 – 30 Settembre	= Sessione autunnale esami

**2) Dal secondo al quinto Anno**

1 Ottobre – 20 Gennaio	= Primo Semestre
20 Gennaio – 15 Febbraio	= Esami C.I. Primo Semestre
15 Febbraio – 31 Maggio	= Secondo Semestre
1 - 30 Giugno	= Esami C.I. Secondo Semestre
1 Luglio – 31 Luglio	= Tirocinio Clinico Professionalizzante
1 – 30 Settembre	= Sessione autunnale esami

**3) Sesto Anno**

1 Ottobre – 20 Gennaio	= Primo Semestre
20 Gennaio – 15 Febbraio	= Esami C.I. Primo Semestre
15 Febbraio – 15 Giugno	= Tirocinio clinico professionalizzante
15 Giugno -15 Luglio	= Conclusione attività didattica ed Esame Finale comprendente anche la valutazione del Tirocinio
1 – 30 Settembre	= Esame Finale (come sessione estiva)

Tab. 4 - Schema di un possibile calendario dell'attività formativa coerente con le modifiche proposte.

riposte in tanti contenitori disgiunti. Ciò impedisce, o quantomeno rende problematica, l'analisi critica integrata che lo studente deve lentamente maturare e che risulta indispensabile nella pratica clinica.

Questo è, a mio avviso, il difetto di fondo connesso all'ordinamento didattico in vigore.

**Rimedi possibili**

Per eliminare o la ridurre gli inconvenienti descritti si rende opportuna una revisione del piano di studi basata sui seguenti principi:

- a) Ridefinire un forte scheletro di sostegno dell'intero percorso didattico costituito da alcune materie fondamentali per il processo formativo del medico.
- b) Concedere maggior tempo agli studenti per la riflessione riducendo il numero di esami da sostenere.
- c) Ridurre l'eccessiva parcellizzazione degli insegnamenti clinici attinenti le discipline specialistiche raggruppandoli per omogeneità di obiettivi didattici. Tenendo presente, fra l'altro, che lo studente è portato a dedicare maggior attenzione agli insegnamenti di un certo spessore.
- d) Concentrare nei primi 5 anni tutti gli insegnamenti essenziali riservando larga parte del 6° anno all'analisi critica delle nozioni cliniche apprese nonché all'apprendimento di discipline ritenute utili in preparazione della specializzazione post-laurea prescelta (vedi al termine dello scritto la Tabella 6).
- e) Incrementare il più possibile la pratica clinica

Med. Chir. 31. 1204-1210, 2006

professionalizzante allineandosi a quanto si fa nelle altre nazioni dell'Unione Europea. Sarebbe, inoltre auspicabile che gli studenti frequentassero, durante i sei anni, un internato presso un Istituto Biologico per apprendere il significato e le modalità della ricerca di base.

f) Introdurre uno sbarramento alla fine del secondo anno che impedisca agli studenti l'iscrizione al terzo se non sono stati superati tutti gli esami del primo biennio.

**L'ordinamento didattico adottato da altri paesi dell'Unione Europea**

Nella Tab. 2 sono riportate, in forma schematica, le caratteristiche principali degli ordinamenti didattici in uso in cinque prestigiose Università di altrettanti paesi dell'Unione Europea.

Premesso che il confronto fra le diverse nazioni risulta difficile e, per alcuni aspetti, persino aleatorio considerata la grande diversità sia dei contenuti che, e soprattutto, delle modalità di attuazione dell'attività formativa, esistono alcune caratteristiche comuni che è opportuno considerare. Esse riguardano: a) l'alta percentuale della didattica interattiva sul totale dell'attività didattica erogata; b) il numero di esami che gli studenti devono sostenere, mediamente contenuto, c) il completamento anticipato della attività didattica (insegnamenti obbligatori) rispetto alla durata legale del Corso di studi con destinazione del tempo restante al Tirocinio clinico professionalizzante; d) la significativa estensione del Tirocinio clinico variabile da otto mesi (32 settimane) ad oltre due anni.

L'esistenza di questi elementi significativi rende evidenti le diversità tuttora presenti nel nostro ordinamento rispetto a quelli delle altre nazioni europee. Diversità che possono e devono, a mio avviso, essere eliminate o quantomeno ridotte.

**Proposta di alcune modifiche migliorative dell'ordinamento didattico in uso**

Tenendo conto dei principi esposti nel precedente punto 6 e delle caratteristiche comuni delle cinque Università di altrettanti paesi europei può essere ritenuta utile una modifica dell'ordinamento didattico in uso basata sulle seguenti linee direttive:

*a) Principi generali*

Le modifiche proposte (Tab. 3) riguardano l'entità della didattica interattiva che dovrebbe avvicinarsi mediamente al 40% dell'intera attività didattica erogata e comunque non essere inferiore ad 1/3 di essa; il numero di esami obbligatori per il conseguimento della Laurea, che diminuisce di 6 unità rispetto all'ordinamento attuale; il tirocinio clinico

Anno di Corso Area Didattico Formativa	Corsi Integrati	Insegnamenti	Modalità di verifica
Primo anno AREA DELLA FORMAZIONE DI BASE	1) Fisica, Matematica e Statistica Sanitaria	Fisica Medica, Statistica Sanitaria	E
	2) Chimica e Biochimica	Chimica Medica; Biochimica	E
Secondo anno AREA MORFO-FUNZIONALE	3) Biologia Generale, Genetica e Istologia	Biologia Generale e Genetica; Istologia ed Embiologia	E
	4) Scienze Umane	Psicologia; Bioetica; Storia della Medicina	E
	5) Anatomia e Fisiologia I°	Anatomia + Fisiologia	V
E	6) Anatomia e Fisiologia II°	Anatomia + Fisiologia	E
	7) Anatomia e Fisiologia III° Tirocinio clinico Professionalizzante	Anatomia + Fisiologia (Pratica Assistenziale Nursey)	E
Terzo anno AREA DELLE INVESTIGAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE	8) Patologia Sistemica	Patol. Generale; Microbiologia; Immunologia	
	9) Semeiologia Clinica Manuale e Strumentale	Semeiotica Medica, Semeiotica Chirurgica	E
	10) Semeiologia della Prevenzione	Epidemiologia	E
Quarto anno AREA DELLA FISIOPATOLOGIA E PROPEDEUTICA CLINICA	11) Diagnostica di Laboratorio e per Immagini	Biochim. Clin., Microb. Clinica; Diagnost. per Immagini	E
	12) Farmacologia	Farmacologia Generale	E
	13) Anatomia Patologica I° Tirocinio clinico Professionalizzante	Colloquio Anatomia Patologica Medicina Interna	V
	14) Fisiopatologia Medica	Fisiopatologia Medica	E
Quinto anno AREA DELLA MEDICINA CLINICA E PREVENTIVA	15) Fisiopatologia Chirurgica	Fisiopatologia Chirurgica	E
	16) Anatomia Patologica II°	Anatomia Patologica Generale e Speciale	E
	17) Clinica Malattie Infettive e Tropicali	Malattie Infettive, Mal. Tropicali, Virologia	E
	18) Malattie degli Organi di senso	Otorino, Oculistica, Dermatologia, Odontostomatologia	E
	19) Malattie Muscolo-Scheletriche Tirocinio clinico Professionalizzante	Ortopedia, Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa Specialità Medica Diffusa *	E
E	20) Medicina Preventiva	Igiene, Economia Sanitaria, Sociologia Sanitaria	E
	21) Malattie Cardio-Pneumologiche	Cardiologia, Mal. App. Respiratorio	E
	22) Malattie Onco-Ematologiche	Oncologia Medica, Ematologia	E
	23) Scienze Neuro Psiciche	Neurologia, Psichiatria	E
	24) Malattie Endocrine, Metab. e dell'Invecch.	Endocrinologia, Malattie Metaboliche, Geriatria	E
	25) Malatt. Apparati Digerente ed Emuntorio	Gastroenterologia, Nefrologia, Urologia	E
Sesto anno AREA DELLA METODOLOGIA CLINICA SISTEMATICA E DELLA MEDICINA PUBBLICA	26) Malattie Materno Infantili Tirocinio clinico Professionalizzante	Ostetricia e Ginecologia, Pediatria Specialità Medica Diffusa *	
	27) Metodologia Clinica Sistemica	Medicina Interna, Chirurgia Generale	E
	28) Emergenze Medico-Chirurgiche	Medicina d'Urgenza, Chirurgia d'Urgenza, Terapia Intensiva	E
	29) Medicina Pubblica	Medicina Legale, Medicina del Lavoro, Medicina di Comunità	E
	30) Corsi opzionali scelti dall'elenco predisposto dal Consiglio di Facoltà		
Tirocinio clinico Professionalizzante		1 Mese Medicina Interna; 1 Mese Chirurgia Generale; 1 Mese Materno - Infantile; 1 Mese Medicina di Base	

\*Discipline Specialistiche presenti anche negli Ospedali di riferimento  
Tab. 5 - Proposta di articolazione del Piano di studi.

professionalizzante che si allinea con quello di altre nazioni europee sia per durata (8 mesi) che per calendario di fruizione (dal 2° al 6° anno compresi), con utilizzazione del periodo estivo.

La previsione del Tirocinio nel periodo estivo comporta una modifica del calendario annuale dell'attività formativa secondo lo schema indicato nella Tab. 4.

#### b) Articolazione dell'attività formativa

L'articolazione dell'attività formativa coerente con le indicazioni fin qui espresse è riportata nella Tab. 5. Gli elementi che la caratterizzano possono essere in estrema sintesi così elencati:

- tutti gli insegnamenti delle discipline di base, sono concentrati nel primo anno di corso con riduzione dei contenuti alle sole nozioni essenziali;

- è previsto un insegnamento "integrato" di Anatomia e Fisiologia da tenere, in piccola parte nel secondo semestre del primo anno e prevalentemente nell'intero secondo anno (È opportuno che allo studente vengano spiegate le funzioni dei vari organi in connessione con l'illustrazione delle loro principali strutture anatomiche. La comprensione del sinergismo di correlazione struttura - funzione deve essere uno scopo precipuo dell'attività formativa propria di questo insegnamento);

- è previsto uno sbarramento alla fine del primo biennio;

- tutti gli insegnamenti attinenti le "Investigazioni Clinico-Diagnostiche" sono raggruppati al terzo anno, compreso il primo colloquio di Anatomia Patologica;

- 1) Genetica Medica; Biologia Molecolare; Epidemiologia Clinica; Scienza dell'Alimentazione; Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia, Tossicologia, Emodinamica, Neurologia d'Urgenza; etc. (Come preparatori alle specializzazioni di Area Medica)
- 2) Chirurgia Cardiaca, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia dei Trapianti d'Organo, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Neurochirurgia, Chirurgia Pediatrica, Chirurgia Maxillo Facciale, Epidemiologia Clinica etc. (Come preparatori alle specializzazioni di Area Chirurgica)
- 3) Metodologia Epidemiologica, Demografia Sanitaria, Organizzazione e Programmazione Sanitaria, Principi di Management, Valutazione e qualità in Medicina, Epidemiologia Occupazionale, Ergonomia, Parassitologia, Virologia, Biologia Molecolare, Medicina Sociale, Medicina Nucleare, Radioterapia etc. (Come preparatori alle specializzazioni dell'Area dei Servizi).

Tab. 6 - *Esemplificazione di alcuni corsi opzionali possibili come preparatori alla specializzazione post-laurea prescelta.*

- viene collocato al quarto anno un insegnamento di Fisiopatologia Medica e Chirurgica atto a conferire agli studenti le basi di comprensione delle malattie;
- la maggior parte degli insegnamenti clinici attinenti le discipline specialistiche e raggruppata al quinto anno;
- viene introdotto, al sesto anno, un insegnamento di *Metodologia Clinica Sistemica* finalizzato a far apprendere agli studenti l'attitudine ad interconnettere le diverse nozioni diagnostiche, terapeutiche e preventive apprese sì da poter conseguire una visione olistica dei problemi medici posti alla loro attenzione. L'insegnamento, tenuto congiuntamente da un medico internista e da un chirurgo generale, deve basarsi sull'analisi di casi clinici visti, nel loro complesso, sotto la duplice prospettiva. La prova di valutazione di questo insegnamento costituirà l'esame finale pre-laurea durante il quale sarà valutato anche l'esito dei tirocini svolti dagli studenti. Per ogni tirocinio, infatti, il "Tutor" designato dovrà compilare un questionario valutativo dell'attività svolta dagli studenti a lui affidati, i cui giudizi saranno tenuti presenti nella attribuzione del voto dell'esame di Metodologia Clinica Sistemica.

## Considerazioni conclusive

L'esperienza acquisita come Preside di Facoltà mi ha consentito di rilevare come gli studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, pur impegnandosi sufficientemente, non riescano ad acquisire un livello di preparazione tale da consentire loro di poter affrontare, in modo ottimale, l'attività professionale post laurea. La dimostrazione di ciò lo si è avuta anche dall'esito dei primi tirocini preparativi all'esame di stato che, mediamente, non sono risultati molto soddisfacenti.

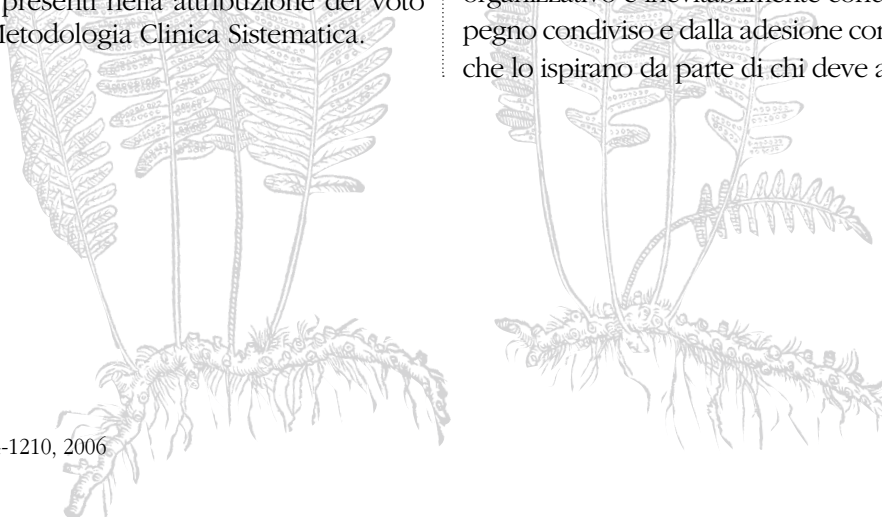
Le carenze rilevabili riguardano sia la pratica clinica (nostra lacuna cronica che continua a permanere nonostante gli sforzi compiuti almeno in molte sedi), sia il livello di preparazione complessivo per la difficoltà, da parte degli studenti, di interconnettere le numerose e varie nozioni acquisite e di valutarle criticamente giungendo ad una visione olistica dei problemi posti alla loro attenzione.

Ciò è, a mio parere, in larga parte connesso ad una eccessiva dispersione delle nozioni impartite unite alla scarsa evidenziazione di un netto percorso clinico sia nella fase propedeutica che in quella della sintesi conclusiva.

Con l'intento di porre rimedio a questi inconvenienti ho ritenuto utile attuare una riflessione sull'ordinamento didattico in vigore proponendo alcune modifiche che vogliono esclusivamente assumere il significato di un adeguamento migliorativo ad un ordinamento che, nella sua impostazione generale, rimane comunque tuttora valido.

In questo spirito ritengo utile sottoporre questa mia proposta all'attenzione dei colleghi per una opportuna riflessione comune.

Consapevole che l'efficacia di qualsiasi modello organizzativo è inevitabilmente condizionata dall'impegno condiviso e dalla adesione convinta ai principi che lo ispirano da parte di chi deve attuarlo.



## Venti anni dopo

Giovanni Danieli (Ancona) e Amos Casti (Parma)

La Conferenza Permanente dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ha oggi vent'anni, essendo stata costituita a Portonovo di Ancona, presso l'Hotel Emilia nel verde del Monte Conero, l'11 ottobre 1985; denominata originariamente Collegio dei Presidenti, dopo, nello Statuto e nell'atto notarile, assunse il nome di Conferenza Permanente.

Si trovarono a Portonovo quell'11 ottobre i Presidenti dell'epoca: G. Danieli (Ancona), C. M. Caldarera (Bologna), C. Ragnotti (Brescia), A. Balestrieri (Cagliari), A. Capelli (Chieti), A. Migliore (Ferrara), L. F. Signorini (Messina), L. Allegra (Milano), B. Bonati (Modena), C. Giordano (Napoli 1), F. Rinaldi (Napoli 11), A. Salemo (Palermo), A. Novarini (Parma), C. Bo (Pavia), E. Rinonapoli (Perugia), L. Frati (Roma, La Sapienza), E. Manni (Roma Cattolica), E. Miele (Sassari), C. Fruschelli (Siena), S. Curtoni (Torino), M. Marigo (Verona).

Di questi fondatori due sono ancora attivi nella Conferenza, Luigi Frati, Presidente onorario e Giovanni Danieli, Past President.

In questi anni i Presidenti che hanno fatto parte della Conferenza sono stati 176 (Tab. 1). Ci scusiamo per eventuali omissioni, pronti all'*errata corrige*.

Il primo Presidente della Conferenza è stato Claudio Marcello Caldarera, dall'11 ottobre 1985 al 22 novembre 1987 seguito da Luigi Frati (1988-1994), Luciano Vettore (1995-1996), Guido Coggi (1997-1999) e Giovanni Danieli (2000-2005).

Segretari della Conferenza, sono stati gli scriventi Giovanni Danieli (1985-1996) ed Amos Casti (1977 a tutt'oggi).

Quattro Presidenti sono scomparsi durante il loro mandato: Ludovico Antonio Scuro (Presidente a Verona, 1990), Giuseppe De Benedictis (Bari 1991), Corradino Fruschelli (Siena, 1992) e Sergio Curtoni (Torino, 2002). Sono sempre presenti fra di noi.

La Conferenza si è articolata in diversi Gruppi di studio; ogni gruppo ha operato su un tema definito, seguendo uno schema operativo che è risultato efficace: scelta del tema, definizione degli obiettivi, sviluppo del tema, elaborazione di un documento,

discussione collegiale e revisione, pubblicazione e distribuzione del documento.

Nel corso dei venti anni si sono costituiti 67 Gruppi di studio (Tab. 2) che hanno condotto numerose ricerche e prodotto documenti pubblicati sulla rivista della Conferenza '75012 Medicina e Chirurgia.

La rivista, istituita nel 1989, ha oggi periodicità trimestrale, viene stampata in diecimila copie e distribuita a tutti i Docenti dei Corsi di Laurea; ha rappresentato in questi anni uno strumento di lavoro indispensabile per l'informazione ed il collegamento della Conferenza con tutte le Facoltà italiane.

Quattro numeri della Rivista hanno avuto carattere monografico, sono stati dedicati rispettivamente a: *Programma Nazionale di riferimento* (a cura di Cesare Scandellari), *Guida all'applicazione del nuovo ordinamento* (a cura di Guido Coggi, Sergio Curtoni, Giovanni Danieli, Gianfranco Gensini, Giuseppe Realdi, Luciano Vettore e Anna Maria Zannini), *Core curriculum* (a cura di Antonio Gaddi, Aldo Tomasi, Luciano Vettore), *Core curriculum seconda edizione* (a cura di Luciano Vettore, Antonio Gaddi, Aldo Tomasi).

Sono state tenute, in questi anni, ottantasette riunioni della Conferenza, di cui due nel 1985, tre nel 1986, quattro nel 1987, nel 1988 e nel 1989, sei nel 1990, quattro nel 1991, tre nel 1992, tre nel 1995, cinque nel 1996, tre nel 1997, una nel 1998, due nel 1999, cinque nel 2000, quattro rispettivamente nel 2001, 2002, 2003, 2004 e 2005 (Tab. 3).

In diciassette occasioni, dal 1986 a oggi, la Conferenza dei Presidenti ha svolto riunioni congiunte con la Conferenza Permanente dei Presidi della Facoltà di Medicina (Tab. 4).

In sintesi la Conferenza ha interpretato, illustrato e coordinato l'applicazione degli ordinamenti didattici che si sono succeduti in questi venti anni e di cui è stata costante ispiratrice; ha svolto una continua opera di ricerca, rinnovando profondamente il processo formativo, di progettazione di nuovi modelli didattici e di valutazione dell'efficacia didattica; il tutto con la competenza, l'impegno costante, lo spirito di squadra che hanno, sin dalla sua fondazione, caratterizzato la vita della Conferenza.

### **Presidenti dei Consigli di CLM in Medicina e Chirurgia**

ANCONA: Giovanni Danieli, Saverio Cinti, Giovanni Danieli, Saverio Cinti  
BARI: A. Ferrari, G. De Benedictis, Vincenzo Mitolo, Vincenzo Liso, Gilda Caruso  
BOLOGNA: Claudio Marcello Calderera, Sandro Grilli. Antonio Gaddi, Luigi Bolondi, Domenico Berardi  
BRESCIA: Giovanni Ragnotti, Leonardo Loiacono, Giuseppe Nardi, Luigi Caimi, Giuseppe Nardi, Pietro Apostoli  
CAGLIARI: Angelo Balestrieri, Angelo Cherchi, Roberto Mezzanotte, Amedeo Columbano  
CATANIA: Italo Panella, Angelo Castro, Angelo Messina, Enrico Vasquez  
CATANZARO: V. Bocchini, Salvatore Venuta, Amato Amati, Francesco Saverio Costanzo  
CHIETI: Arnaldo Capelli, Domenico Gambi, Lorenzo Bonomo, Fabio Capani, Luciano Corbellini  
FERRARA: Arrigo Migliore, Carmelo Fersini, Giuseppe Rausa, Luigi Cavazzini, Giocchino Mollica  
FIRENZE: Lorenzo Federico Signorini, Gian Franco Gensini, Alessandro Mugelli  
FOGGIA: Vincenzo Neri, Raffaele de Cesaris, Carmine Panella  
GENOVA: Sandro Pontremoli, Carlo Walter Loeb, Renzo Celesti, Gian Carlo Torre  
L'AQUILA: Pietro Campa, Elio Ziparo, Michele Toscano, Anna Santucci, Eugenio Gaudio, Massimo Casacchia  
MESSINA: Salvatore Navarra, Alberto Calabroni, Alfredo Carducci Artensio  
MILANO: Luigi Allegra, Antonio Pagano, Guido Coggi, Massimo Malcovati, Gianluca Vago  
MILANO VITA-SALUTE S. RAFFAELE: Claudio Rugarli, Giuseppe Scotti, Gianfranco Ferla, Roberto Sitia  
MILANO BICOCCA: Lodovico Frattola, Marzia Kienle  
MODENA: Bruno Bonati, Federico Manenti, Nicola Carulli, Sebastiano Calandra Bonaura, Aldo Tomasi, Gabriella Agazzotti  
NAPOLI - Università Federico II: Franco Rinaldi, Vittorio Andreucci, Guglielmo Borgia, Paola Izzo  
NAPOLI - II Ateneo: Carmelo Giordano, Domenico Mancino, Ciro Balestrieri, Francesco Rossi, Giovanni Delrio  
NAPOLI - Caserta: Camillo del Vecchio Blanco, Evangelista Sagnelli  
NOVARA: Ilario Viano, Giorgio Bellomo, Guido Monga, Fabiola Sinigaglia, Eugenio Torre  
PADOVA: A. Peracchia, Cesare Scandellari, Paolo Benciolini, Oreste Terranova  
PALERMO: Alfredo Salerno, Pietro Livoti, Giandomenico Bompiani, Giovanni Zummo, Antonino Bono  
PARMA: Almerico Novarini, Amos Casti, Maurizio Vanelli  
PAVIA: Giovanni Bo, Luciano Tiepolo, Carlo Bernasconi, Maria Scapaticci  
PERUGIA: Emanuele Rinonapoli, Fausto Grignani, Alessandro Ventura, Luciano Binaglia, Pierfrancesco Marconi  
PISA: C. Pellegrino, Francesco Squartini, Aldo Pinchera, Luigi Murri, Brunello Ghelarducci  
ROMA - LA SAPIENZA: Luigi Frati, Marcello Negri, Vincenzo Martinelli, Roberto Filippo, Eugenio Gaudio, Enrico De Antoni, Pietro Gallo, Andrea Lenzi, Marella Maroder  
ROMA - LA SAPIENZA - II Facoltà di Medicina: Giuseppe Familiari  
ROMA - TOR VERGATA: Giorgio Bernardi, Alessandro Finazzi Agrò, Giovanni Rocchi, Raffaele Geremia, Andrea Modesti  
ROMA - CAMPUS BIO-MEDICO: Paola Binetti  
ROMA - CATTOLICA: Ermanno Manni, Arnaldo Capelli, Gian Battista Azzena  
SASSARI: Egidio Miele, Alessandro Maida, Giuseppe Realdi, Giuseppe Delitala  
SIENA: Corradino Fruschelli, Rodolfo Bracci, Noè Battistini, Sandro Forconi, Marcella Cintorino, Roberto Pagani, Gian Maria Rossolini  
TORINO: Sergio Curtoni, Dario Cantino, Gian Piero Gaidano, Giuseppe Piccoli, Franco Cavallo, Luca Cordero di Montezemolo  
TORINO II: Umberto Mazza, Giuseppe Soglio  
TRIESTE: L. Baldin, Andrea Bosatra, Fulvio Bratina, Francesco Marotti, Gian Luigi Sottocasa, Roberto Pozzi Mucelli, Emanuele Belgrano  
UDINE: Saverio Ambesi Impiombato, Pietro Enrico Di Prampero, Fabrizio Bresaola, Alfred Tenore  
VARESE - INSUBRIA: Gian Mario Frigo, Renzo Dionigi, Paolo Cherubino, Francesco Pasquali  
VERONA: Mario Marigo, Ludovico A. Scuro, Luciano Fiore Donati, Luciano Vettore, Gianmario Mariuzzi, Alessandro Lechi

*Tab. 1 - Presidenti dei Consigli dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia dal 1985 ad oggi.*

### **Gruppi di studio**

Gruppo 1 - Regolamento del Collegio

Gruppo 2 - Regolamento dei CCL. Luigi Frati, Giovanni Bo.

Gruppo 3 - Didattica assistita al computer ed audiovisivi. Luigi Allegra, Claudio Marcello Caldarera, Sergio Curtoni (coordinatore), Corradino Fruschelli, Domenico Mancino, Franco Rinaldi, Antonio Ludovico Scuro.

Gruppo 4 - Tesi e valutazione esame di laurea. Giovanni Bo.

Gruppo 5 - Didattica integrativa. Fausto Grignani, Salvatore Navarra.

Gruppo 6 - Obiettivi della didattica teorico-pratica.

Gruppo 7 - Quantificazione della domanda didattica. Claudio Marcello Caldarera, Luigi Frati.

Gruppo 8 - Programma di Riferimento Nazionale per la didattica formale. Sergio Curtoni, Alessandro Finazzi Agrò, Luigi Frati, Fausto Grignani, Francesco Marotti, Cesare Scandellari (coordinatore dal 1992), Antonio Scuro (Coordinatore).

Gruppo 9 - Interventi della CPP nell'insegnamento post-laurea. Fausto Grignani, Almerico Novarini, Aldo Pinchera (coordinatore).

Gruppo 10 - Didattica formale e teorico-pratica: verifiche. Carmelo Fersini, Corradino Fruschelli, Fausto Grignani, Almerico Novarini, Federico Signorini (coordinatore).

Gruppo 11 - Propedeuticità e sbarramenti. Giuseppe De Benedictis, Pietro Livoti, Domenico Mancino (coordinatore), Franco Rinaldi.

Gruppo 12 - Programma di Riferimento Nazionale (per la didattica teorico-pratica). Luigi Allegra, Giuseppe De Benedictis, Alessandro Finazzi Agrò, Federico Manenti (coordinatore), Almerico Novarini, Franco Rinaldi, Cesare Scandellari, Federico Signorini, Luciano Vettore.

Gruppo 13 - Commissione per le risorse. Giuseppe De Benedictis (coordinatore), Carmelo Fersini, Alessandro Finazzi Agrò.

Gruppo 14 - Insegnamento tutoriale. Arnaldo Capelli (coordinatore), Pietro Livoti, Domenico Mancino, Federico Manenti, Francesco Marotti.

Gruppo 15 - I trasferimenti. Domenico Mancino.

Gruppo 16 - Scuole dirette a fini speciali. Angelo Cherchi.

Gruppo 17 - Prova di selezione per l'accesso al corso di laurea. Sergio Curtoni (coordinatore), Cesare Scandellari, Luciano Vettore.

Gruppo 18 - Commissione per il Regolamento didattico. Sergio Curtoni, Giovanni Danieli (coordinatore), Carmelo Fersini, Domenico Mancino.

Gruppo 19 - Conuisione per la compilazione di un libretto-diario- Domenico Mancino.

Gruppo 20 - Commissione per i rapporti CCL-Dipartimenti. Claudio Marcello Caldarera (coordinatore), Luciano Fiore Donati.

Gruppo 21 - Insegnamento della Medicina interna e della Chirurgia generale. Angelo Balestrieri, Bruno Bonati (coordinatore), Carmelo Fersini, Carmelo Giordano, Fausto Grignani, Pietro Livoti, Salvatore Navarra, Almerico Novarini, Cesare Scandellari, Alessandro Ventura.

Gruppo 22 - Rapporti CCL/Scuole di Specializzazione. Aldo Pinchera.

Gruppo 23 - Risultati dell'applicazione della Tabella 18 al termine del primo triennio e proposte di modifica: un osservatorio permanente. Ciro Balestrieri, Amos Casti, Saverio Cinti, Sergio Curtoni (coordinatore).

Gruppo 24 - Corsi monografici: idee e proposte. Arnaldo Capelli.

Gruppo 25 - Modelli di orario didattico. Ciro Balestrieri, Carmelo Fersini, Corradino Fruschelli (Coordinatore).

Gruppo 26 - Tirocinio post-laurea. Giandomenico Bompiani, Corradino Fruschelli (coordinatore), Aldo Pinchera, Michele Toscano.

Gruppo 27 - Didattica tutoriale. Corradino Fruschelli, Antonio Pagano, Giuseppe Rausa, Franco Rinaldi (coordinatore), Luciano Vettore.

Gruppo 28 - Ostacoli che si frappongono alla integrale applicazione della Tabella 18 e proposte per superarli. Claudio Marcello Caldarera (coordinatore), Amos Casti, Francesco Marotti, Vincenzo Mitolo, Giuseppe

Realdi.

Gruppo 29 - Commissione mista Presidi-Presidenti per la nuova tabella 18. Fabrizio Bresadola, Paolo Carinci (coordinatore), Almerico Novarini, Gaetano Salvatore, Pietro Tosi, Presidi; Luigi Frati, Giovanni Danieli, Aldo Pinchera, Giuseppe Realdi, Luciano Vettore, Presidenti; con la successiva partecipazione di Saverio Cinti, Guido Coggi, Sergio Curtoni, Cesare Scandellari.

Gruppo 30 - Commissione per la Guida alla nuova Tabella 18. Guido Coggi (coordinatore), Sergio Curtoni, Giovanni Danieli, Gian Franco Gensini, Giuseppe Realdi, Cesare Scandellari, Luciano Vettore.

Gruppo 31 - Adeguamento dell'Ordinamento didattico e nuovo Regolamento. Competenze dei Consigli di Corso di Laurea. G. Bellomo, F. Cavallo, M. Kienle, M. Malcovati (coordinatore), G. Nardi, F. Pasquali, C. Rugarli, G. Saglio, M. Scappaticci.

Gruppo 32 - Sviluppo delle Scienze Umane. A. Lechi, G.L. Sottocasa, A. Tenore, O. Terranova (coordinatore).

Gruppo 33 - Attività Formativa Professionalizzante, Tirocinio ed Esame di Stato. A. Lechi, M. Kienle, M. Malcovati, G. Nardi, F. Pasquali, C. Rugarli, M. Scappaticci, G.L. Sottocasa, A. Tenore (coordinatore), O. Terranova.

Gruppo 34 - Osservatorio Permanente. L. Bolondi, A. Casti (coordinatore), R. Celesti, G. Mollica, A. Tomasi.

Gruppo 35 - Formazione alla Medicina Basata sulle Evidenze. M. Cintorino, F. Grignani, A. Mugelli, L. Murri (coordinatore).

Gruppo 36 - Regolamento Didattico dei Corsi di Studio. L. Binaglia (coordinatore), M. Cintorino, F. Grignani, A. Mugelli.

Gruppo 37 - Gli sbocchi professionali. M. Cintorino, F. Grignani (coordinatore), A. Mugelli, L. Murri.

Gruppo 38 - Formazione pedagogica dei Docenti. G. Azzena, P. Binetti (coordinatore), L. Bonomo, M. Casacchia, E. De Antoni, G. Familiari, P. Gallo, R. Geremia, A. Lenzi, M. Maroder, M. Negri.

Gruppo 39 - Valutazione dell'efficacia didattica ed accreditamento. G. Azzena, P. Binetti, M. Casacchia (coordinatore), E. De Antoni, G. Familiari, A. Lenzi, P. Gallo, R. Geremia, M. Maroder, M. Negri.

Gruppo 40 - Valutazione delle conoscenze e della competenza clinica acquisite. G. Azzena, P. Binetti, L. Bonomo (coordinatore), M. Casacchia, E. De Antoni, P. Gallo, R. Geremia, A. Lenzi, M. Maroder, M. Negri.

Gruppo 41 - Orientamento ed accesso. G. Azzena, P. Binetti, L. Bonomo, M. Casacchia, E. De Antoni, P. Gallo, R. Geremia, G. Familiari (coordinatore), A. Lenzi, M. Maroder, M. Negri.

Gruppo 42 - Medicina di famiglia e del territorio. G. Borgia, G. Caruso, G. Delrio (coordinatore), V. Neri, E. Sagnelli.

Gruppo 43 - Il tutorato. P. Binetti, A. Bono, A. Calatroni (coordinatore), A. Columbano, G. Delitala, E. Vasquez.

Gruppo 44 - Programma quinquennale di inglese. A. Calatroni, G. Familiari, F. Ferriter, G. Cardellini, P. Gallo (coordinatore), P. Munga, H. Snelgrove, M.C. Tripoli.

Gruppo 45 - Core curriculum. G. Delrio, L. Murri, A. Tenore, O. Terranova, A. Tomasi (coordinatore).

Gruppo 46 - Sperimentazione della teledidattica e della multimedialità. G. Caruso, M. Cintorino, G. Familiari, P. Gallo (coordinatore).

Gruppo 47 - Core Curriculum, Aldo Tomasi (coordinatore), Antonio Gaddi e la consulenza di Luciano Vettore.

Gruppo 48 - Didattica elettiva, Guglielmo Borgia.

Gruppo 49 - Didattica pratica e tirocinio. Paola Binetti, Alfred Tenore (coordinatore).

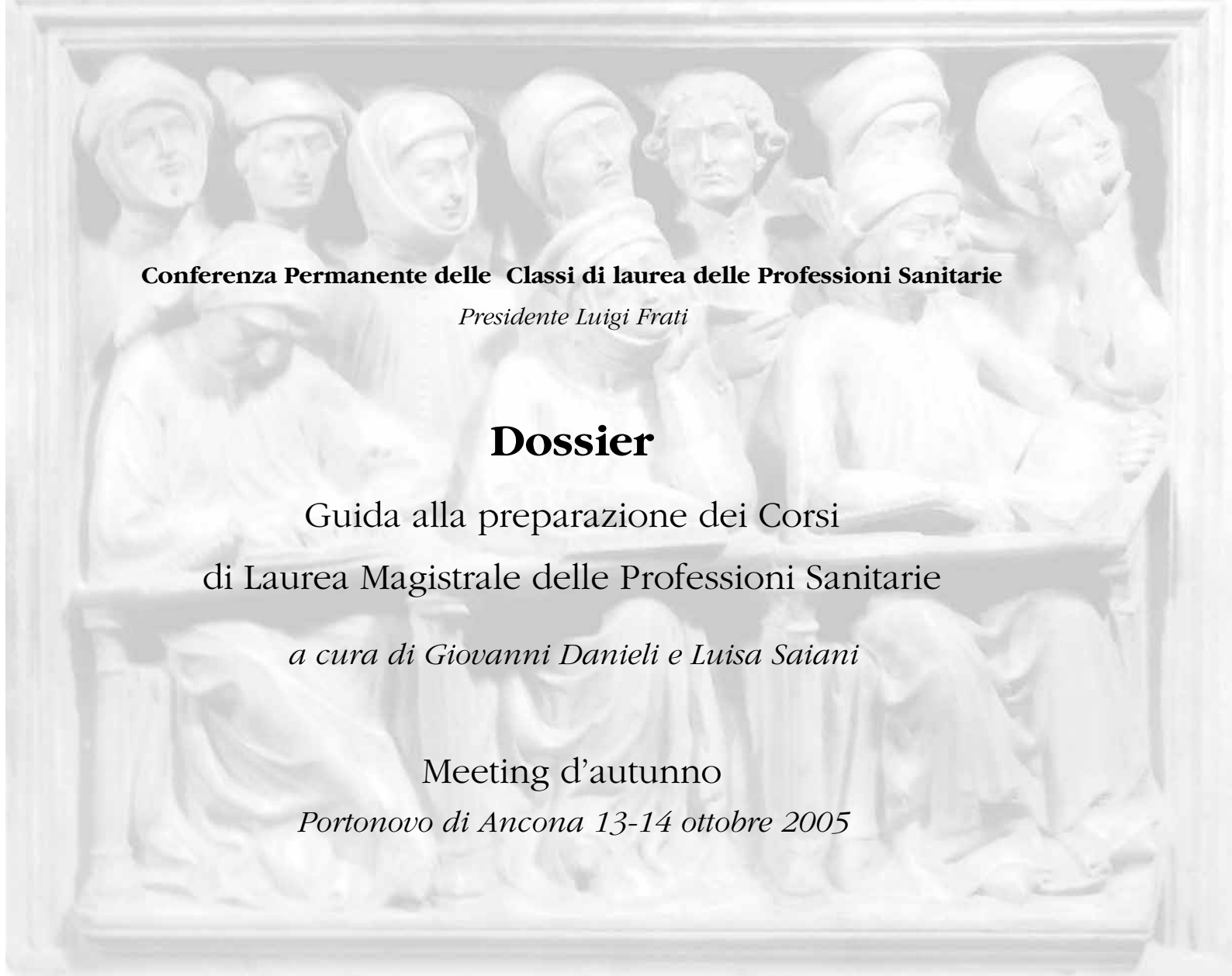
Gruppo 50 - Integrazione longitudinale e trasversale degli insegnamenti. Amos Cast, Pietro Gallo, Alessandro Lechi (coordinatore).

Gruppo 51 - Accesso alla Facoltà e inserimento professionale. Giuseppe Familiari.

Gruppo 52 - Sanità Pubblica e Management. Giuseppe Nardi.

Gruppo 53 - Medicina di famiglia e del territorio. Guglielmo Borgia, Gilda Caruso, Giuseppe Delitala, Giuseppe Saglio, Evangelista Sagnelli (coordinatore), Aldo Tomasi.

*segue alla pagina 1231*



**Conferenza Permanente delle Classi di laurea delle Professioni Sanitarie**

*Presidente Luigi Frati*

## **Dossier**

Guida alla preparazione dei Corsi  
di Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie

*a cura di Giovanni Danieli e Luisa Saiani*

Meeting d'autunno

*Portonovo di Ancona 13-14 ottobre 2005*

Il 13 e 14 ottobre 2005 si è svolto a Portonovo di Ancona un Meeting della Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni sanitarie dedicato alle Lauree Magistrali.

Sono state organizzate quattro sessioni parallele per attivare un confronto sulle aree formative che compongono i piani di studio: manageriale, di ricerca, pedagogica e delle competenze professionali avanzate. In ogni sessione i lavori sono stati introdotti dai coordinatori, rispettivamente Proff. Antonio Boccia, Vincenzo Consoli, Rita Roncone, Giampietro Feltrin con una relazione preliminare elaborata con gruppi di studio. Successivamente sono state presentate in plenaria le risoluzioni arricchite dal confronto e dal dibattito dei numerosi Presidenti e Coordinatori che vi hanno partecipato.

L'obiettivo finale delle sessioni era l'elaborazione di un documento contenente indirizzi per la pianificazione della didattica di ciascuna area disciplinare delle lauree magistrali al fine di orientare e uniformare nelle linee generali i piani di studio.

Lo schema di lavoro utilizzato nella conduzione delle sessioni prevedeva :

- L'individuazione delle discipline afferenti all'area formativa
- Gli obiettivi e le competenze attese trasversali a tutte le classi ed eventuali specificità di classe
- I contenuti *core* trasversali o specifici di classe
- I collegamenti con le esperienze di *stage*
- Orientamenti metodologici per l'insegnamento e la valutazione

Si riporta di seguito un preliminare documento che sarà oggetto di ulteriori approfondimenti da parte dei Gruppi di studio.

## Competenze professionali avanzate

Gruppo di Studio

Gian Pietro Feltrin (coordinatore), Paola Arslan, Valerio Dimonte, Alvisa Palese, Pietro Tanganelli

### Le direzioni di sviluppo della competenza avanzata nelle Lauree Magistrali

Si sta dibattendo molto sul concetto di competenze avanzate e sulle direzioni in cui svilupparle nelle Lauree Specialistiche delle professioni sanitarie. Esistono infatti almeno due ipotesi di lavoro possibili a cui conseguono due diverse tipologie di evoluzione dei ruoli. La scelta verso quale direzione sviluppare le competenze avanzate è cruciale per rispettare la filosofia delle lauree specialistiche ma anche per non creare confusioni con i Master e le specializzazioni.

**1° ipotesi** - Avanzamento delle competenze verso la specializzazione: l'orientamento è quello di sviluppare competenze professionali tipiche di ciascuna professione, approfondendo problematiche già affrontate nelle lauree triennali oppure specializzando qualche settore attinente ad un campo operativo. Il livello di specializzazione può essere così spinto da raggiungere la superspecializzazione; l'approfondimento può essere anche orientato all'aggiornamento di contenuti professionali su nuove metodologie o applicazioni. Esempi di questo approccio sono per l'infermieristica l'*Advanced Practice Nurse*, il *Nurse Practitioner*, il *Nurse Consultant*, mentre per le professioni tecniche l'*US Technician*, il *Neuroradiology Technician*, il *PET-CT Technician* etc. Questo sviluppo garantisce una evoluzione professionale specifica. In altre parole, dopo una preparazione di base, le competenze evolvono verso un sapere più avanzato (di metodo e di contenuto) su un ambito specifico del proprio settore professionale. Questo approccio non sembra il più adatto agli obiettivi della Laurea specialistica di ciascuna classe che aggrega diverse professioni e si propone una estensione dei ruoli professionali più che una specializzazione e che dovrebbe avere come *end-point* l'acquisizione di una competenza avanzata generalista. Tale

competenza è ben diversa da quella che si dovrebbe acquisire con un Master che comporta l'acquisizione di specializzazioni, e che ha, nel suo *end-point*, competenze specifiche molto orientate al proprio mandato lavorativo-professionale.

**2° ipotesi** - Avanzamento delle competenze verso una direzione estensiva o generalista che, all'incontrario della tipologia specialistica, comporta l'acquisizione prevalente di metodo e molto meno di contenuti. Questo sviluppo apre all'evoluzione di ruoli verso la direzione, la ricerca, la formazione: esempi ne sono le posizioni dei Direttori dei Servizi infermieristici/Tecnici/Riabilitativi, degli *Executive Researcher*, le *Upgraded position* etc. (Figg. 1 e 2).

Lo sviluppo della competenza avanzata nella laurea specialistica dovrebbe procedere verso l'avanzamento o l'*upgrading*, ovvero nello sviluppo di uno sguardo ai problemi che va "oltre" a quello della provenienza professionale degli studenti. È un avanzamento che apre ed estende il ruolo; diversamente, quello tipico delle specializzazioni, è uno sguardo che approfondisce e si chiude su un aspetto specifico.

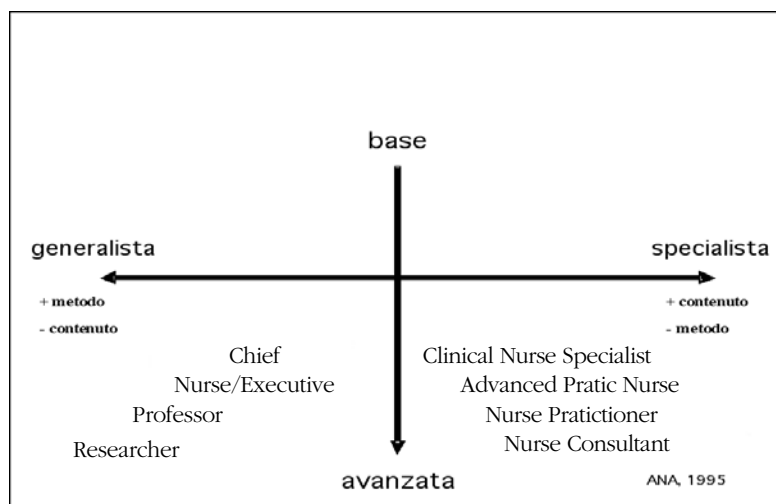


Fig 1 - Competenza avanzata: possibili direzioni di sviluppo.

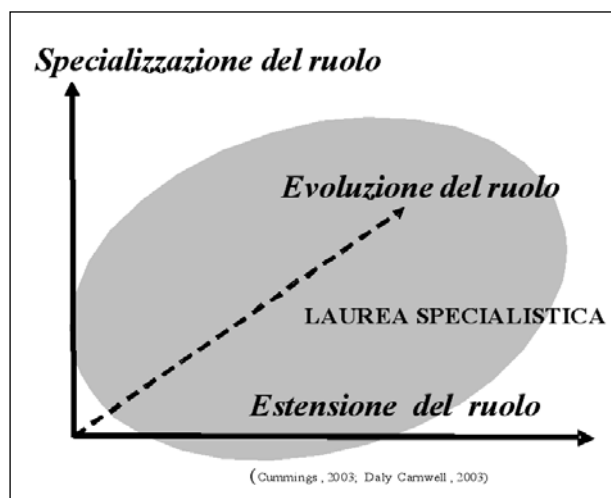


Fig 2 - Ruoli professionali: ambiti di sviluppo con la Laurea specialistica.

**Ambiti formativi per lo sviluppo delle competenze avanzate**

Se l'orientamento generalista è quello atteso per una laurea specialistica, si tratta allora di identificare gli ambiti formativi *core* attorno ai quali costruire il nuovo profilo o un ulteriore professionista. Tali ambiti potrebbero essere riassumibili in tre gruppi di saperi:

- a) nuove metodologie e applicazioni indispensabili per partecipare ad una *clinical governance* necessaria per affrontare nuove ed aggiornate esigenze dei servizi;
- b) competenze pedagogiche - il laureato Specialista

deve essere formato per esercitare la didattica specifica nelle lauree di base;

c) competenze epidemiologiche, sociologiche, ed altre da applicare nell'organizzazione del lavoro, nella gestione ed organizzazione delle risorse.

Queste tipologie di saperi (Fig. 3) potrebbero preparare anche alle competenze da spendere nella ricerca applicata, con particolare riferimento alla valutazione dei processi socio-sanitari ed economici.

Solo questo orientamento, che apre ciascuna professione ad approfondire ambiti specifici delle professioni confluenti nella classe di laurea specialistica, riesce a garantire due finalità: da una parte l'aggiornamento su metodi e applicazioni della propria professione indispensabili per le valutazioni e le decisioni attese da chi ricopre un ruolo di direzione; dall'altra, la capacità di gestire altre professioni diverse da quelle di provenienza. L'apertura a fondamenti di professioni diverse da quelle di provenienza realizza l'avanzamento atteso dalla filosofia delle lauree specialistiche di classe: solo in questo modo, infatti, sono sviluppate capacità di gestione delle criticità di altre professioni.

Se questo sarà l'orientamento, il passaggio successivo è la selezione degli insegnamenti e dei *core curriculum* di ciascuna laurea specialistica. Gli insegnamenti non potranno che essere specifici delle professioni, e trasversali alle professioni per aprire ai contenuti tecnici di ogni profilo professionale confluito (Fig. 4).

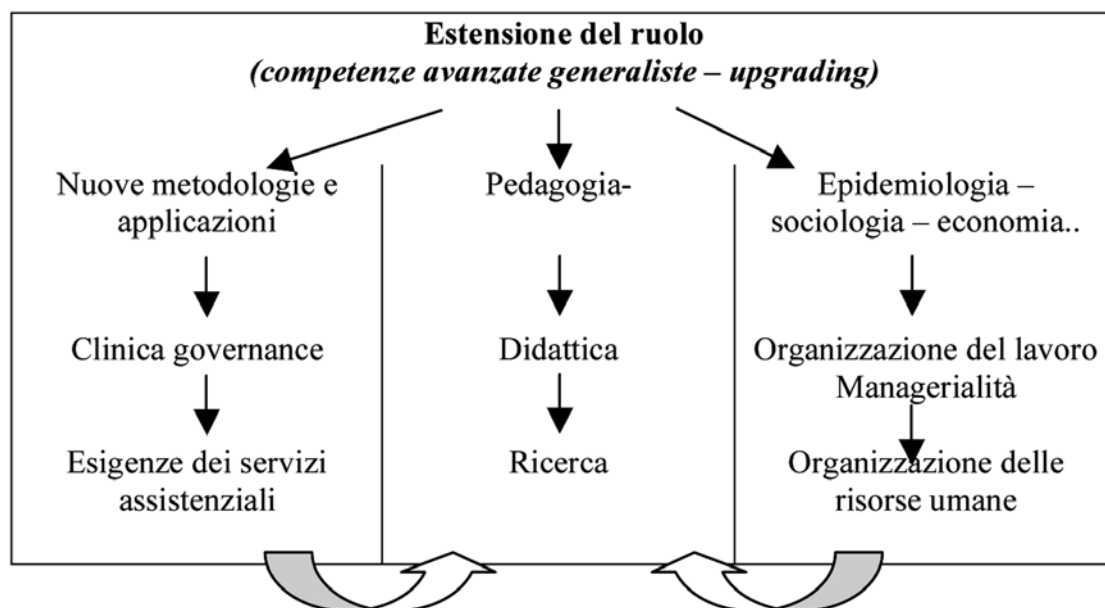


Fig 3 - Saperi core nella preparazione del laureato specialista.

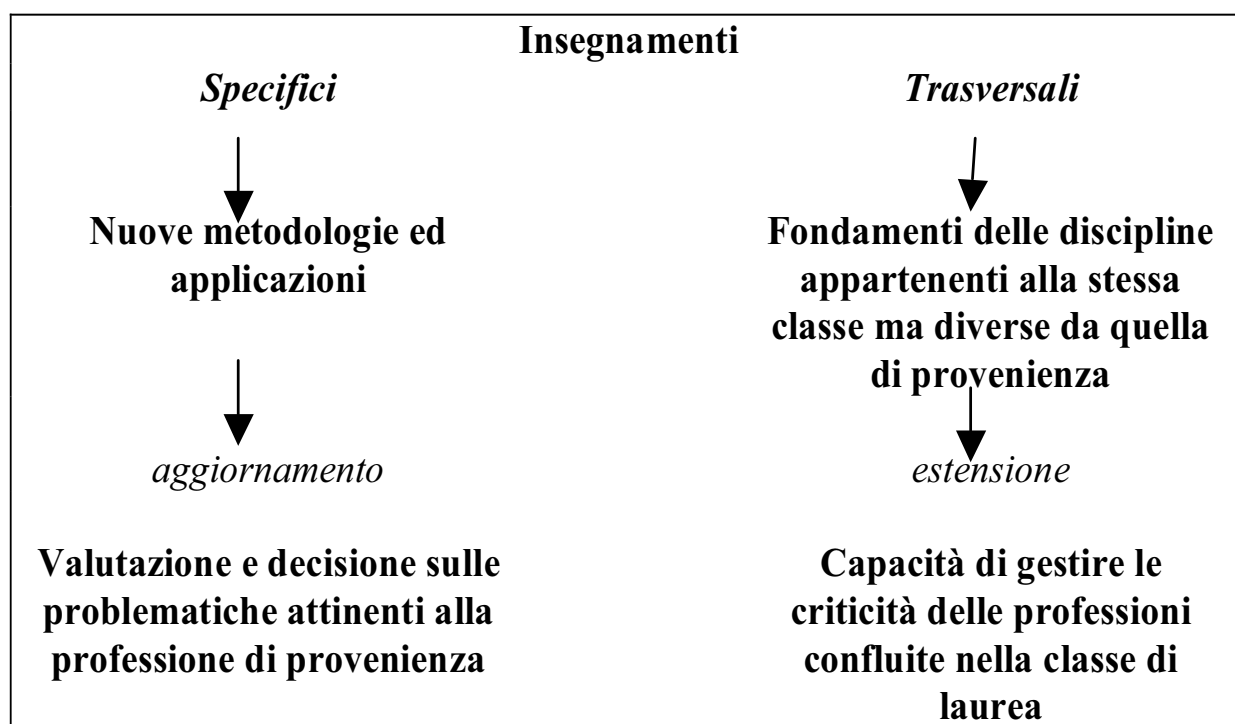


Fig 4 - Tipologia di insegnamenti core nelle Lauree Specialistiche.

### Gli stage

Per quanto attiene agli stage ed ai tirocini è necessario innanzitutto stabilire cosa intende l'Europa per stage; sia prima che dopo la Laurea lo stage riconosce due tipologie classiche:

1. un periodo di "lavoro" nel campo attinente al futuro lavorativo che spesso è il vero e proprio ingresso nel mondo della produzione e dei servizi;
2. il tirocinio obbligatorio introdotto in tutte le lauree, specialistiche e triennali del sistema, noto come riforma "3+2", la cui durata in termini di Crediti Formativi Universitari è stabilita nell'Ordinamento.

Va infatti riconosciuto che nelle Lauree Specialistiche dell'area sanitaria il tirocinio assume connotazioni particolari: dovrebbe essere osservazione diretta del modo di lavorare diverso da quello proprio. Nelle Lauree Specialistiche dove confluiscono molte professioni appartenenti a diverse Lauree Triennali, l'osservazione diretta di altre realtà lavorative è fondamentale per poter imparare a dirigere e gestire realtà complesse ad elevata multidisciplinarietà. In quest'ottica il tirocinio delle Lauree specialistiche diviene il vero ponte tra formazione universitaria e il nuovo ruolo.

Le scelte didattiche sono due:

- a) offrire agli studenti la possibilità di realizzare esperienze pratiche/applicative in contesti diversi

da quelli di provenienza (per rendere più efficace l'apprendimento, potrebbero essere evitati gli *stage* in contesti e su obiettivi simili a quelli delle proprie posizioni di lavoro);

- b) per sviluppare competenze trasversali, offrire agli studenti la possibilità di frequentare direzioni sanitarie, infermieristiche, tecniche, amministrative. Un periodo di tirocinio obbligatorio nelle Direzioni Sanitarie, Tecniche e Amministrative offre ai futuri laureati specialistici una occasione di osservazione della complessa realtà delle Aziende Ospedaliere all'interno delle quali troveranno, presumibilmente, un futuro lavorativo.

### Nuovi ordinamenti e CFU

Per garantire un progetto formativo ad elevata coerenza e rispondente alle finalità sopra elencate, i CFU complessivi della Laurea Specialistica potrebbero essere distribuiti come segue:

- 25% CFU – Management
- 25% CFU – Didattica
- 25% CFU – Ricerca
- 25% CFU – Stage/tirocini
  - 10/15 CFU Direzioni Generali Aziendali;
  - 10/15 CFU sul Campo (in aula, con funzioni di docenti, in gruppi di ricerca affidati a singolo tutor).

Il D.M. 2 Aprile 2001 ha introdotto i Corsi di

## Formare alla ricerca

*Gruppo di Studio*

Vincenzo Consoli (coordinatore), Elena Oliveri, Daniele Palla

Laurea Specialistica per le Professioni Sanitarie che vanno a completare l'iter formativo dei professionisti sanitari fino ad all'ora fermo (ad esclusione degli infermieri) al triennio professionalizzante. Il Decreto prevede, per il biennio ora Magistrale (D.M. 270/04), attività formative mirate a raggiungere una competenza culturale e professionale avanzata tale da consentire ai "nuovi" Dottori Magistrali di intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca. Questi ambiti si configurano, quindi, come

gli Obiettivi Formativi fondamentali del biennio magistrale.

La formazione alla ricerca è, da sempre, argomento sensibile per i professionisti sanitari che esplicano attività fortemente correlate al progresso della scienza medica. Oggetto di questo lavoro è approfondire l'insegnamento della Ricerca nelle lauree magistrali delle professioni sanitarie. Per affrontare l'argomento abbiamo utilizzato lo schema riportato nella tabella sottostante (Tab. 1).

Per quanto concerne le Discipline afferenti, lo

<b>Area della Formazione della Ricerca</b>		
SCHEMA GENERALE		
Obiettivi e competenze attese	Trasversali alla classe	Note su specificità per le diverse classi
Contenuti e tematiche fondamentali (Core)	Trasversali alla classe	Note su specificità per le diverse classi
Collegamenti con le esperienze di stage	Orientamenti su metodologie didattiche	Suggerimenti per la valutazione

Tab. 1 - Area della Formazione alla Ricerca.

Per quanto concerne le Discipline afferenti, lo schema miniseriale propone quanto segue (Tab. 2):

	<b>Discipline afferenti</b>	
ATTIVITÀ FORMATIVE	AMBITI DISCIPLINARI	SSD E DISCIPLINE
<i>Di base</i>	Scienze propedeutiche	INF/01 - Informatica MED/01 - Statistica medica
	Scienze statistiche e demografiche	MAT/06 - Probabilità e statistica matematica SECS-S/04 - Demografia SECS-S/05 - Statistica sociale
<i>Caratterizzanti</i>	Discipline professionalizzanti	MED/45-50
	Scienze della prevenzione e dei servizi sanitari	MED/42 - Igiene generale e applicata
	Scienze informatiche applicate alla gestione sanitaria	ING-INF/05 - Sistemi di elaborazione delle informazioni SECS-S/02 - Statistica per la ricerca sperimentale e tecnologica

Tab. 2 - Area della formazione alla Ricerca: discipline afferenti.

schema ministeriale propone quanto segue (Tab. 2):

A parte le discipline “generaliste” quali, per esempio, la statistica medica e l’informatica, appare importante sottolineare la necessaria introduzione, negli insegnamenti inerenti alla ricerca scientifica, dei settori scientifici disciplinari professionalizzanti, cioè quelli dal MED/45 al MED/50.

La definizione del quantitativo di CFU (ma anche la scelta degli SSD da attivare) da dedicare alla ricerca è prerogativa della sede universitaria attivante la laurea magistrale, nel rispetto dell’autonomia didattica degli Atenei.

Più volte si è dibattuto sul “peso” da dare ai quattro obiettivi formativi della laurea magistrale e si è sempre convenuto di accordare la prevalenza al management (processi assistenziali e gestionali, 50% circa del monte totale di CFU), rispetto alla formazione (25%) e alla ricerca (25%).

Pertanto su un totale di 120 CFU previsti per il biennio, alla formazione alla ricerca dovrebbero essere attribuiti circa 30 CFU, tra lezioni frontali, esercitazioni attività di tirocinio pratico. Nella tabella seguente (Tab. 3), viene riportata una proposta circa la distribuzione dei CFU riguardo alle lezioni frontali (totale 15 CFU).

Ai CFU relativi alle lezioni frontali devono essere aggiunti 15 CFU da attribuire ad attività di laboratorio in cui gli studenti possono esercitarsi nella ricerca *online*, nella consultazione dei *database* sanitari, nella lettura e valutazione critica degli studi di ricerca, nella metodologia della revisione della letteratura, nell’interpretazione dei risultati di studi

primari, revisioni sistematiche e meta-analisi, nell’interpretazione delle linee guida *evidence based*, nel discutere il trasferimento alla pratica delle evidenze scientifiche, e una parte di crediti da attribuire al Tirocinio (con riferimento ai settori scientifico disciplinari professionalizzanti MED/45-50).

Per quanto concerne gli Obiettivi e le Competenze attese trasversali alle classi, il D. M. 2 Aprile 2001 individua, tra le competenze del Dottore Magistrale quella di saper “..utilizzare i metodi e gli strumenti della ricerca nelle aree clinico-assistenziali, nell’organizzazione dei servizi sanitari e nella formazione”, declinandola poi nelle seguenti capacità di:

- verificare l’applicazione dei risultati delle attività di ricerca in funzione del miglioramento continuo della qualità dell’assistenza;
- conoscere gli elementi metodologici essenziali dell’epidemiologia;
- effettuare una ricerca bibliografica sistematica;
- effettuare criticamente la lettura di articoli scientifici;
- sviluppare la ricerca riguardo alla specifica figura professionale.

È evidente che ogni classe di laurea magistrale declinerà questi obiettivi / competenze con livelli di approfondimento e peculiarità specifiche.

Tra la formazione della laurea triennale e Laurea Magistrale si devono distinguere rispetto alla formazione alla ricerca i livelli di approfondimento : il laureato delle professioni sanitarie si configura soprattutto come un fruitore di ricerca (obiettivo minimo), mentre il Laureato magistrale, oltre ad essere un fruitore di

Discipline afferenti e totale dei CFU dedicati			
ATTIVITÀ FORMATIVE	AMBITI DISCIPLINARI	SSD E DISCIPLINE	CFU
Di base: 7 CFU	Scienze propedeutiche	INF/01 – Informatica MED/01 - Statistica medica	4
	Scienze statistiche e demografiche	MAT/06 - Probabilità e statistica matematica SECS-S/04 – Demografia SECS-S/05 - Statistica sociale	3
Caratterizzanti: 8 CFU	Professionalizzanti	MED/45-50	4 2
	Scienze della prevenzione e dei servizi sanitari	MED/42 - Igiene generale e applicata	2
	Scienze informatiche applicate alla gestione sanitaria	ING-INF/05 - Sistemi di elaborazione delle informazioni SECS-S/02 - Statistica per la ricerca sperimentale e tecnologica	

Tab. 3 - Area della Formazione alla Ricerca: discipline afferenti e totale dei CFU dedicati.

UNIVERSITÀ	CLASSE 1/s	CLASSE 2/s	CLASSE 3/s A	CLASSE 3/s B	CLASSE 4/s
Pisa	13	16	13	15	14
Siena	13	16	13		14
Firenze	14	?		15	19
Roma T.V.	17	21			
Ferrara	17	17	17		
Verona	23				
Ancona	15				
L'Aquila	15	15			

Tab. 4 - Area della Formazione alla Ricerca e totale dei CFU dedicati per sede.

ricerca, deve essere anche un produttore di ricerca innovativa.

I contenuti e le tematiche fondamentali vanno, perciò, a diversificarsi chiaramente nei due livelli. Nella Laurea la formazione alla ricerca deve privilegiare le metodologie della pratica basata sulle evidenze, quindi dalla ricerca scientifica alla pratica clinica. Lo studente deve essere messo in condizione di utilizzare sistematicamente e correttamente l'informazione scientifica di interesse del proprio campo professionale.

I contenuti principali saranno: le fonti primarie e secondarie, l'articolo scientifico, la tipologia degli studi di ricerca, la ricerca in rete, la revisione della letteratura, le linee guida, l'evidence-based health care and prevention. Ma non solo, il laureato dovrà essere capace di utilizzare quanto trovato nella pratica clinica, dovrà essere formato alla formulazione del quesito clinico, alla ricerca delle evidenze ed anche all'interpretazione critica delle evidenze, peraltro da approfondire nella Laurea Magistrale.

Nella Laurea Magistrale l'obiettivo è quello di formare i professionisti sanitari a sviluppare ricerca innovativa nei loro campi disciplinari. I contenuti dovranno per ciò essere attinenti alla metodologia della ricerca, alla scelta del campione, alla stesura del protocollo di ricerca, alla gestione degli aspetti organizzativi (es. individuazione del responsabile del progetto, alla realizzazione del progetto stesso) all'individuazione dei metodi di raccolta dati più appropriati, all'elaborazione dei dati e alla presentazione dei risultati.

È possibile che emergano specificità per le diverse classi circa i contenuti e le tematiche fondamentali.

Per attualizzare la formazione è importante sottolineare la necessità di collegamento tra gli insegnamenti, sia frontali, sia pratici, e le attività di stage da tenersi presso: Dipartimenti Universitari e

Integrati, Enti di Ricerca nazionali e/o internazionali, Agenzie Regionali Sanitarie, Uffici Qualità, Centri di Formazione e quant'altro utile allo scopo.

Per quanto riguarda le metodologie didattiche, l'insegnamento della ricerca deve avvenire attraverso lezioni, esercitazioni guidate e attività di tirocinio specifico. Le lezioni frontali saranno sia generali (statistica, informatica, inglese scientifico, epidemiologia, etc.), sia specifiche (Metodologia della Ricerca, Implicazioni etiche, Dichiarazione di Helsinki, GCP, etc.). Il tirocinio dovrà proporre opportunità di partecipazione alle diverse fasi di un progetto di ricerca (Journal Club, utilizzo sistematico della Cartella Clinica orientata sui problemi, etc.).

Lo stato dell'arte sull'insegnamento della ricerca o meglio sul monte CFU dedicati nei CLM evidenzia un variare dei CFU da 13 a 21 (dati raccolti dai siti delle Università attivanti, Tab.4); i settori scientifici disciplinari attivati sono in linea con quelli da noi proposti nella tabella 2.

Cosa è possibile migliorare? Sicuramente va incentivata una risorsa importante come l'e-learning, ma è necessario stimolare la ricerca multi-professionale (per lo meno di area) e la partecipazione dei professionisti sanitari alla ricerca universitaria. Inoltre, ulteriore sviluppo deve essere raggiunto nella ricerca nell'ambito formativo, organizzativo e clinico assistenziale. Infine dovrà essere sviluppata, oltre alla ricerca quantitativa, anche la ricerca qualitativa.

A tal fine è stato costituito un Gruppo di Lavoro con rappresentanti di tutte le Classi che svilupperà gli aspetti suddetti e quanto relativo alle specificità di Classe.

In conclusione si può sottolineare quanto sia oggi strategico "saper divenire", che completa, anzi meglio, attualizza la triade "saper fare-saper essere".

## Formazione manageriale

*Gruppo di Studio*

Antonio Boccia (coordinatore), Ausilia Pulimeno, Franco Ascolese, Vincenzo Avallone, Roberto Carnassale, Paola Caruso, Orietta Vecchio

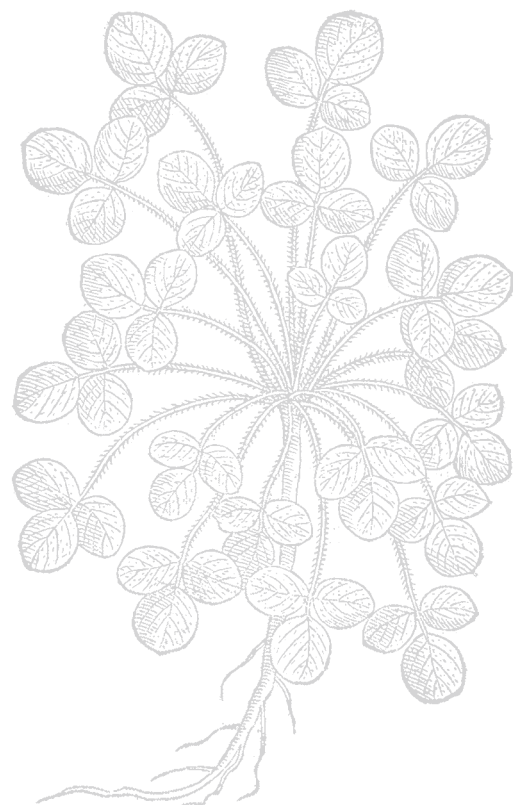
Trovare la soluzione che serve per risolvere un problema concreto, avere a disposizione dove, come e quando serve l'informazione necessaria, essere in un sistema di rete virtuoso: tutto questo connette la formazione allo sviluppo innovativo.

In Italia le scienze delle professioni sanitarie - cioè quel *corpus* complesso e sistematico di conoscenze e strumenti teorici e metodologici elaborati dalle professioni sanitarie non mediche allo scopo di esercitare le proprie specifiche funzioni nel campo della tutela e della promozione della salute individuale e collettiva - si sono consolidate come discipline scientifiche autonome ed originali solo negli anni più recenti.

Al raggiungimento di tale esito ha concorso una pluralità di fattori tra i quali si devono annoverare le trasformazioni del sistema formative, di regolamentazione delle funzioni, delle responsabilità e delle competenze dei professionisti sanitari non medici nell'ambito dei servizi sanitari. Tale trasformazione è stata promossa da una serie di disposizioni normative, quali i profili professionali, e, soprattutto, le due leggi di riforma dell'esercizio professionale, che hanno sancito definitivamente il superamento di una concezione "esecutiva" ed "ausiliaria" dell'assistenza sanitaria non medica in relazione alla professione medica. Esse conferiscono anche maggiore valenza alle istanze dei professionisti sanitari relative alla esigenza di acquisizione di nuovi strumenti - concettuali, metodologici, organizzativi e tecnici - necessari per adeguare la pratica clinico-assistenziale, tecnica, riabilitativa e preventiva alle mutate esigenze dei tempi. Questi processi in medicina riguardano ogni specialità ed ogni settore, dalla biochimica alla genetica, dalla fisiologia alla biologia molecolare, dalla sanità pubblica al *management* sanitario, spingendo verso nuovi modelli assistenziali e processi clinico-diagnostici, riabilitativi, terapeutici, ecc., rivolti comunque a fornire assistenza di qualità, sempre più centrata sulla persona e sui suoi più complessi bisogni.

L'evoluzione nell'ambito dell'esercizio delle professioni sanitarie è stata coerentemente accompagnata da un parallelo processo di trasformazione del sistema formativo, con la riforma dei cicli universitari approvata con il D.M. 509/1999 e la pubblicazione dei due decreti ministeriali del 2 aprile

2001, che sanciscono la trasformazione dei corsi di diploma universitario per le professioni sanitarie in corsi di laurea di primo e secondo livello, con importanti variazioni nel percorso formativo: il precedente ordinamento stabiliva, in modo preciso ed uniforme su tutto il territorio nazionale, ore e discipline dei corsi di base; viceversa, oggi, ogni Università può agire autonomamente su parte del programma, introducendo o sottraendo discipline all'interno dei vari settori scientifico-disciplinari. Questa autonomia consente alle Università di riorganizzare i corsi, così da adeguarli alle esigenze sanitarie e di mercato, tenendo conto, ove ritenuto utile, anche delle realtà locali. Tale sistema presenta pregi e difetti: se da un lato, infatti, permette agli studenti di personalizzare ed adeguare i propri percorsi formativi con conseguenti ricadute positive sul Servizio Sanitario Nazionale, dall'altro, però, non garantisce una completa uniformità degli iter formativi. A ciò si aggiunge la crescente competizione tra gli Atenei nonché le spinte "della domanda" che rischiano di indurre a privilegiare approcci



e decisioni più attenti ai numeri che alla qualità della formazione.

L'effettiva attivazione delle lauree specialistiche delle professioni sanitarie si è tuttavia concretizzata solo a partire dall'anno accademico 2004/05. È importante sottolineare che l'impostazione della laurea specialistica per classi prefigura, com'è noto, un professionista in grado di sviluppare "un approccio integrato ai problemi organizzativi e gestionali delle professioni sanitarie, qualificato dalla padronanza delle tecniche e delle procedure del *management* sanitario, ... le cui conoscenze metodologiche acquisite consentono ... di intervenire nei processi formativi e di ricerca peculiari degli ambiti suddetti". Le competenze del laureato specialista, quindi, indipendentemente dalla classe di appartenenza, sono riconducibili al tripode "gestione-didattica-ricerca" da sviluppare nel biennio, avendo dati per acquisiti i contenuti della professione già nel corso del triennio.

In quest'ottica l'area della formazione manageriale appare assolutamente strategica nella preparazione del laureato specialista. Il Gruppo di studio ha pertanto tentato di definire i tratti essenziali di un progetto formativo nell'area del *Management* che possa garantire ad ogni corso di laurea una certa uniformità nel pieno rispetto, tuttavia, delle specificità.

La metodologia utilizzata dal Gruppo è stata la seguente



- 1) definizione chiara degli obiettivi da raggiungere, in termini soprattutto di competenze professionali che il laureato specialista deve possedere al termine del corso;
- 2) selezione, individuazione e definizione dei contenuti culturali essenziali del corso;
- 3) individuazione dei settori scientifico-disciplinari, attribuzione dei crediti formativi e collocamento temporale del corso di formazione manageriale;
- 4) riflessione sulle tipologie di attività didattica considerate più idonee ed efficaci per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti;
- 5) indicazione della metodologia di valutazione considerata più idonea per la rilevazione dei risultati effettivamente raggiunti rispetto agli obiettivi.

Tale riflessione è scaturita all'interno del Gruppo di studio e poi discussa e arricchita nella sessione di lavoro nell'incontro della Conferenza a Portonovo.

Di seguito vengono descritti, in modo schematico, i principali risultati raggiunti dal Gruppo di studio:

#### OBIETTIVI DELLA FORMAZIONE MANAGERIALE (competenze attese alla fine del corso)

Alla fine del corso, lo Studente deve:

- Descrivere, analizzare e valutare i sistemi sanitari con particolare riferimento agli aspetti epidemiologici ed organizzativi di competenza delle professioni sanitarie
- Elaborare piani, programmi e progetti di cambiamento dei servizi sanitari con particolare riferimento alle componenti di competenza delle professioni sanitarie
- Coordinare e gestire piani, programmi e progetti di cambiamento, con particolare riferimento a quelli concernenti il miglioramento continuo della qualità
- partecipare ai processi di budgeting e di controllo di gestione dell'Azienda/Istituzione sanitaria
- Gestire processi comunicativi e di negoziazione
- Gestire procedure e sistemi informativi
- Adottare comportamenti professionali in linea con i principi di equità, efficacia ed economicità ed in accordo con gli obiettivi della programmazione nazionale, regionale e locale

*N.B.: Gli obiettivi descritti sono da intendersi "trasversali", vale a dire comuni a tutte le classi.*

#### CONTENUTI O TEMATICHE FONDAMENTALI DEL CORSO (CORE)

- Modelli e tipologie di sistemi sanitari
- Principi di organizzazione sanitaria riferiti al contesto italiano ed europeo

- Principi di *management*
- La programmazione sanitaria
- I livelli essenziali di assistenza
- Il piano sanitario nazionale e i piani sanitari regionali
- L'atto aziendale e piani attuativi
- Le valutazioni di efficacia e di efficienza degli interventi sanitari
- Le valutazioni economiche in sanità
- I sistemi di classificazione dei pazienti ed i meccanismi di finanziamento delle aziende sanitarie ed ospedaliere
- Elementi di controllo di gestione in sanità.
- La qualità in sanità
- *Quality Assessment e Risk Management*
- Il sistema qualità secondo le normative ISO
- Appropriatelyzza clinica ed organizzativa: metodi di rilevazione

*N.B.: Le tematiche descritte sono da intendersi "trasversali", vale a dire comuni a tutte le classi.*

OBIETTIVI CARATTERIZZANTI LA CLASSE DELLE SCIENZE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE

- Pianificare obiettivi del servizio infermieristico ed ostetrico sulla base delle esigenze del cittadino e delle finalità istituzionali
- Definire e valutare l'applicazione di indicatori e standard tesi a orientare l'attività professionale svolta
- Valutare la qualità del servizio erogato ed individuarne le criticità
- Programmare e gestire progetti di cambiamento per il miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica e ostetrica
- Gestire le risorse umane e materiali afferenti al servizio infermieristico ed ostetrico ed i relativi costi
- Pianificare il fabbisogno di risorse infermieristiche, ostetriche, di supporto, e definirne i relativi costi
- Progettare e gestire modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica e ostetrica basati sulla classificazione di complessità dei bisogni delle persone assistite
- Partecipare alla progettazione di reti dei servizi a livello ospedaliero e territoriale che garantisca interventi idonei ad ogni livello assistenziale infermieristico ed ostetrico

OBIETTIVI CARATTERIZZANTI LA CLASSE DELLE SCIENZE DELLE PROFESSIONI DELLA RIABILITAZIONE

- Identificare i bisogni di tipo riabilitativo, determinando obiettivi, priorità e tempi di trattamento realisticamente raggiungibili in rapporto alle esigenze organizzative e all'utilizzo delle risorse disponibili

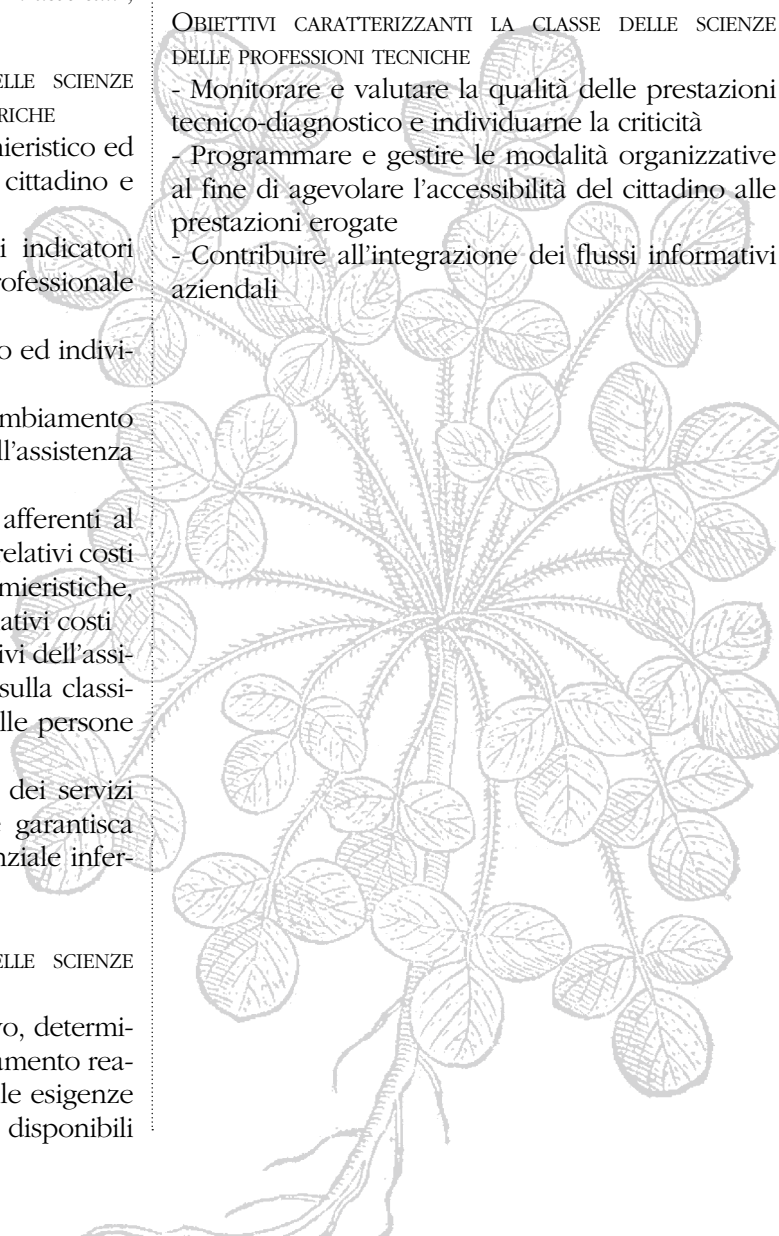
Med. Chir. 31. 1215-1230, 2006

(umane, tecnologiche, economiche)

- Definire e valutare l'applicazione di indicatori e standard tesi a orientare l'attività professionale svolta
- Valutare e la qualità del servizio erogato ed individuarne le criticità
- Pianificare gli obiettivi del servizio coordinandosi con l'organizzazione generale dell'istituzione in cui si opera
- Progettare e realizzare in collaborazione con altri professionisti Linee Guida delle attività ed il controllo della qualità delle prestazioni delle cure riabilitative
- Esplicitare e negoziare le esigenze di risorse (umane, tecnologiche, economiche) nelle sedi adeguate e proporre soluzioni adeguate
- Organizzare, gestire e dirigere un servizio di riabilitazione

OBIETTIVI CARATTERIZZANTI LA CLASSE DELLE SCIENZE DELLE PROFESSIONI TECNICHE

- Monitorare e valutare la qualità delle prestazioni tecnico-diagnostico e individuarne la criticità
- Programmare e gestire le modalità organizzative al fine di agevolare l'accessibilità del cittadino alle prestazioni erogate
- Contribuire all'integrazione dei flussi informativi aziendali



- Partecipare all'allocazione delle risorse umane, economiche e tecnologiche dei Dipartimenti, anche in base a criteri etici
- Progettare ed implementare procedure tecnico-sanitarie integrate interdisciplinari ed inter-professionali
- Valutare sul piano economico le implementazioni delle tecnologie nel contesto operativo
- Partecipare ai processi di programmazione e di controllo aziendale

OBIETTIVI CARATTERIZZANTI LA CLASSE DELLE SCIENZE DELLE PROFESSIONI DELLA PREVENZIONE

- Partecipare alla elaborazione di piani, programmi e progetti mirati al contrasto dei fattori di rischio per la popolazione
- Programmare e gestire progetti di cambiamento per il miglioramento della qualità delle attività di prevenzione
- Negoziare e gestire le collaborazioni con le altre figure professionali sia dell'SSN che di altri comparti
- Negoziare, selezionare ed assegnare le risorse in base alle priorità ed alla complessità delle attività di prevenzione
- Partecipare alla progettazione di reti territoriali dei servizi anche ai fini della stesura di protocolli e linee-guida
- Favorire lo sviluppo di iniziative volte al coinvolgimento dei gruppi sociali e di interesse sulle problematiche inerenti alla prevenzione
- Pianificare, gestire e valutare la comunicazione sui fattori di rischio
- Progettare e gestire la realizzazione di interventi di promozione ed educazione alla salute
- Identificare problematiche etiche e deontologiche della funzione UPG e pianificare interventi di riflessione e cambiamento

SETTORI SCIENTIFICO-DISCIPLINARI, CREDITI FORMATIVI E COLLOCAMENTO TEMPORALE

Discipline afferenti

SECS-P/06	Economia applicata
SECS-P/07	Economia aziendale
SECS-P/10	Organizzazione aziendale
SPS/09	Sociologia dei processi economici e del lavoro
IUS/07	Diritto del lavoro
IUS/10	Diritto amministrativo
M-PSI/05	Psicologia sociale
M-PSI/06	Psicologia del lavoro e delle organizzazioni
MED/42	Igiene generale ed applicata

MED/45	Infermieristica generale e clinica (management infermieristico)
MED/46	Scienze tecniche di medicina di laboratorio
MED/48	Scienze infermieristiche e tecniche neuro-psichiatriche e riabilitative
MED/50	Scienze tecniche mediche applicate
CFU dedicati 20-25	

Collocamento temporale: - Obiettivi, contenuti e tematiche di base (trasversali alle diverse classi): I anno

- Obiettivi caratterizzanti, contenuti e tematiche specifiche delle diverse classi: I-II anno

TIPOLOGIE DI ATTIVITÀ DIDATTICHE

- Lezioni frontali
- Case report
- Lavori a piccoli gruppi (*problem solving*, analisi di casi, autocasì, *project work*)
- Autoapprendimento su tematiche concordate dal docente
- Stage in contesti organizzativi

*N.B.: Le sedi di formazione sono da definire mediante apposite convenzioni con Enti e/o Istituzioni pubbliche e/o private accreditate. Il laureando che deve conseguire la Laurea Magistrale, dovrà acquisire o comunque approfondire conoscenze e competenze nel campo organizzativo-gestionale, nei servizi sanitari sia attinenti al profilo professionale che altri servizi e contesti di interesse della classe*

*Al termine del corso, gli studenti dovranno aver effettuato visite documentative e stage, in sedi di particolare rilevanza dell'SSN.*

SUGGERIMENTI PER LA VALUTAZIONE

- Prova scritta
- Questionari a risposta multipla
- Realizzazione e presentazione di un progetto
- Autovalutazione delle competenze e abilità gestionali

La sfida dei corsi di Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie, al loro secondo anno dall'avvio nell'AA. 2004-05, è sicuramente ambiziosa in relazione all'articolazione della programmazione didattica.

Il raggruppamento in Classi ha incanalato la progettazione dei percorsi didattici di tali corsi di studio in quattro aree principali, quali la formazione pedagogica, la formazione alla ricerca, la formazione all'acquisizione di competenze manageriali e lo sviluppo di competenze professionali avanzate.

Il Gruppo di studio sulla formazione pedagogica ha elaborato alcune riflessioni sul ruolo dei docenti e sui contenuti core dell'insegnamento.

## Formazione pedagogica

Rita Roncone (L'Aquila)

### I DOCENTI E L'AREA DELLA PEDAGOGIA

Il gruppo ha iniziato il proprio lavoro a partire da una importante riflessione condotta da un autorevole esperto di didattica medica, quale Luciano Vettore (2003). L'enfasi posta sulla formazione pedagogica nell'ambito dei CLS delle professioni sanitarie porta a riflettere sul livello di innovazione che si vuole trasfondere in tali corsi di studio, laddove si è sempre assunto che "intere generazioni di bravi medici sono state preparate senza particolari sforzi pedagogici". Infatti, non è mai stato considerato requisito fondamentale per i docenti la competenza in metodologia didattica, oltre che nei contenuti scientifici e professionali. "Nessuno ha mai insegnato ad insegnare ai docenti in genere e tampoco agli universitari". A tale espressione consegue che la qualità della didattica a tuttora erogata è incentrata sull'impegno del singolo docente che ha sempre potuto/dovuto contare solo sulle proprie doti personali e sulle proprie innate abilità, in genere esperto di una sola metodologia didattica (auto-appresa), quale la lezione frontale o *ex-cathedra* (Vettore, 2003). A livello accademico, viene, infatti, posta grande attenzione alle sole abilità di ricerca del personale docente. Indubbiamente, la competenza ed il prestigio nella ricerca sono elementi qualificanti, qualora la didattica possa avvantaggiarsi sia dell'approfondimento dei contenuti didattici e del loro aggiornamento, che dell'enfasi data al metodo scientifico.

Se, dunque, auto-referenzialità e carenza di valutazione oggettiva circa l'appropriatezza didattica caratterizzano spesso i docenti universitari, dobbiamo stimare che analoghe problematiche si possano oggi ritrovare nei docenti che provengono dalle professioni sanitarie, che dal "letto del paziente" sono chiamati nelle aule universitarie. Ma tali problematiche potranno di certo essere superate a breve in relazione alla programmazione effettuata nei CLS delle professioni sanitarie, che dà ampio spazio all'insegnamento dei processi di didattica e che dovrebbe far sì che i laureati specialistici siano messi in grado di diventare a loro volta "forma-

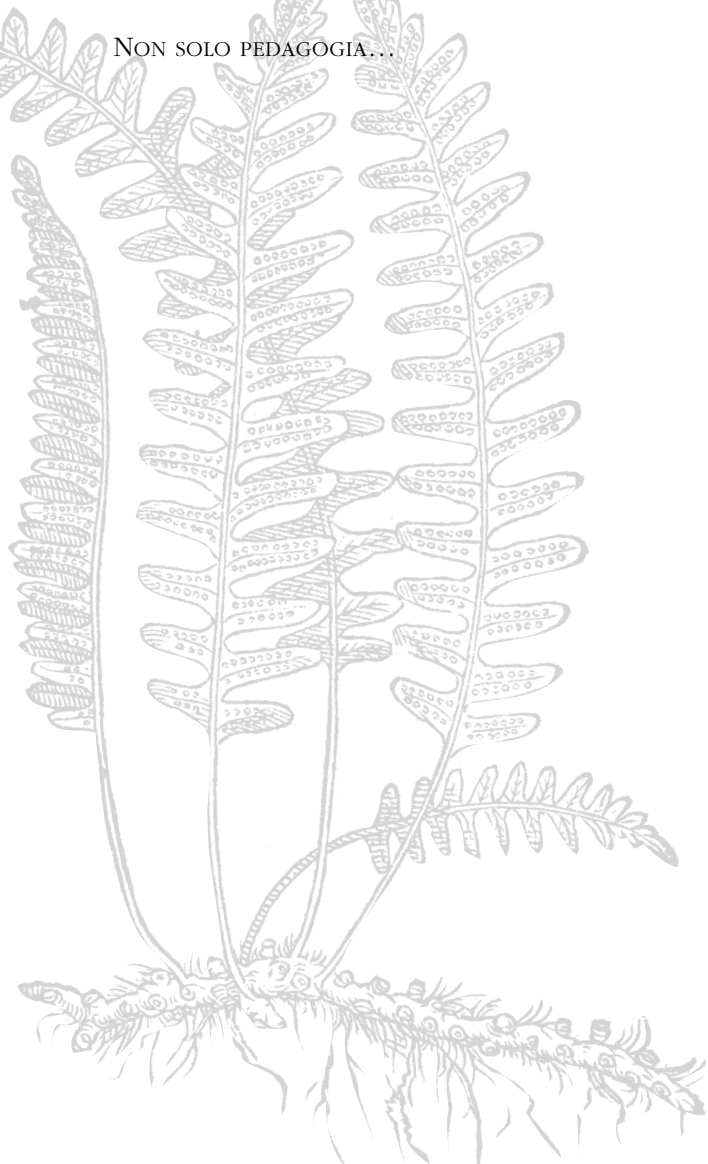
tori" competenti. Docenti universitari e docenti del mondo delle professioni dovranno lavorare sinergicamente, a pari titolo, senza competitività, nel miglioramento della didattica per produrre lo specialista delle professioni sanitarie di alto profilo, in linea con un'efficacia formativa attualmente ridefinita quale servizio istituzionale per la qualificazione dell'ente formatore, in competizione con altri sedi, per la qualità del "prodotto finito": il laureato (Vettore, 2003).



Con unanime consenso sono state ribadite le competenze e metodologie pedagogiche *core* trasversali che dovranno caratterizzare i CLS delle professioni sanitarie e portare i laureati specialisti a:

- definire obiettivi educativi rilevanti;
- costruire efficaci strumenti di valutazione coerenti con gli obiettivi;
- scegliere ed applicare metodologie didattiche adeguate ai fini stabiliti dai diversi obiettivi (cognitivi e metacognitivi, gestuali, relazionali);
- svolgere funzioni tutorali, ovvero didattiche di facilitazione dell'apprendimento;
- pianificare *curricula* e corsi di studio.
- Attivare e gestire corsi di educazione continua ed esperienze di formazione sul campo

NON SOLO PEDAGOGIA...



Nel gruppo di studio unanime consenso è stato espresso anche in relazione al fatto che la pedagogia non può essere insegnata come disciplina a se stante (Zannini, 2005), ma solo in stretta interconnessione con le discipline cliniche caratterizzanti il profilo professionale cui l'insegnamento è rivolto e con le discipline che oggi permeano i processi formativi.

Allo stato attuale, una buona formazione pedagogica, infatti, non può non includere, accanto alle discipline pedagogiche, psicologiche e sociologiche, aspetti di metodologia della ricerca scientifica che guidino la selezione di congruenti modelli formativi, sulla scorta dell'*Evidence-Based Medicine* (EBM), e l'area relativa agli aspetti manageriali della valutazione dei servizi sanitari e dell'educazione continua in medicina (ECM). Le competenze informatiche e la conoscenza dell'inglese scientifico rappresentano una quarta, imprescindibile, area di *overlapping* con le tre precedenti (Fig. 1).

Una fondamentale abilità basilare, che come docenti dovremmo essere in grado di trasferire ai laureati specialisti delle professioni sanitarie, è quella di insegnare ad "imparare da soli" per tutta la vita, a "tenere il passo". Il rapido e continuo sviluppo della medicina ed, in generale, delle conoscenze biomediche, nonché l'accrescersi continuo delle innovazioni sia tecnologiche che organizzative, rendono sempre più difficile per il singolo operatore della sanità mantenere al massimo livello conoscenze teoriche aggiornate (il sapere), abilità tecniche o manuali (il fare), capacità comunicative e relazionali (l'essere); in altre parole mantenersi "aggiornato e competente".

L'obsolescenza dei saperi e la necessità di un aggiornamento continuo, comune a tutte le figure professionali sanitarie, fa sì che il laureato specialista dovrà essere in grado di selezionare buone opportunità di aggiornamento, condotte con modalità tradizionale (corsi, seminari, *workshop*) o condotte con modalità più innovative (Formazione a distanza). Il laureato specialista dovrà, inoltre, saper accedere con autonomia critica alle migliori evidenze disponibili in letteratura, in base ai principi dell'*Evidence-Based Practice*.

PERCHÉ L'EVIDENCE-BASED MEDICINE E L'EVIDENCE-BASED HEALTH CARE?

La sintesi, periodicamente aggiornata, della "gran mole" dei risultati della ricerca, condotta dagli epidemiologici clinici, sia sul valore diagnostico degli esami strumentali e sia sull'efficacia dei presidi terapeutici e preventivi, costituisce

una delle soluzioni più idonee per affrontare il problema della formazione continua, rappresentando inoltre un'indispensabile base metodologica per tutte le iniziative di formazione-intervento che hanno per oggetto il governo clinico assistenziale delle organizzazioni.

Negli ultimi anni, la comunità scientifica internazionale ha assistito alla rapida affermazione della *Evidence-based Medicine* (EBM), presentata nel 1992 come metodologia per applicare i risultati della ricerca al paziente individuale, ma presto estesa alla pianificazione delle strategie assistenziali (*Evidence-based Health Care*) e di politica sanitaria (*Clinical Governance*). Infatti, uno degli ostacoli principali per conciliare la qualità dell'assistenza in un regime di risorse limitate è rappresentato dall'insufficiente comunicazione tra ricerca e pratica clinica. Del resto, accanto alla limitata diffusione di interventi sanitari efficaci, si assiste allo spreco di risorse conseguente all'uso di procedure inefficaci o addirittura dannose.

In questo contesto, gli strumenti ed i metodi della EBM - ricerca delle informazioni scientifiche, loro valutazione critica ed integrazione

nelle decisioni clinico-assistenziali - sono ormai divenuti indispensabili per tutti gli operatori sanitari. Tali competenze devono essere introdotte mediante appropriati modelli educazionali affinché gli operatori sanitari riconoscano nella EBM uno strumento di formazione permanente che, oltre a supportare continuamente l'appropriatezza e la qualità delle decisioni cliniche, consenta ad ognuno di loro di divenire un *life-long learner*.

Professionalmente la parola chiave è "appropriatezza professionale". Gli interventi diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi sono appropriati quando sono sia efficaci (o meglio, quando hanno un rapporto efficacia-costo ottimale), sia indicati per la persona o la situazione a cui sono applicati. L'efficacia viene valutata in funzione sia della qualità metodologica degli studi con cui è stata valutata (la cosiddetta *forza delle evidenze*), sia della somiglianza tra le situazioni in cui è stata studiata a quelle in cui dovrebbe essere applicata e delle maggiori o minori difficoltà di applicazione (da cui anche dipende la cosiddetta *forza delle raccomandazioni*) (Morosini e Perraro, 2001).

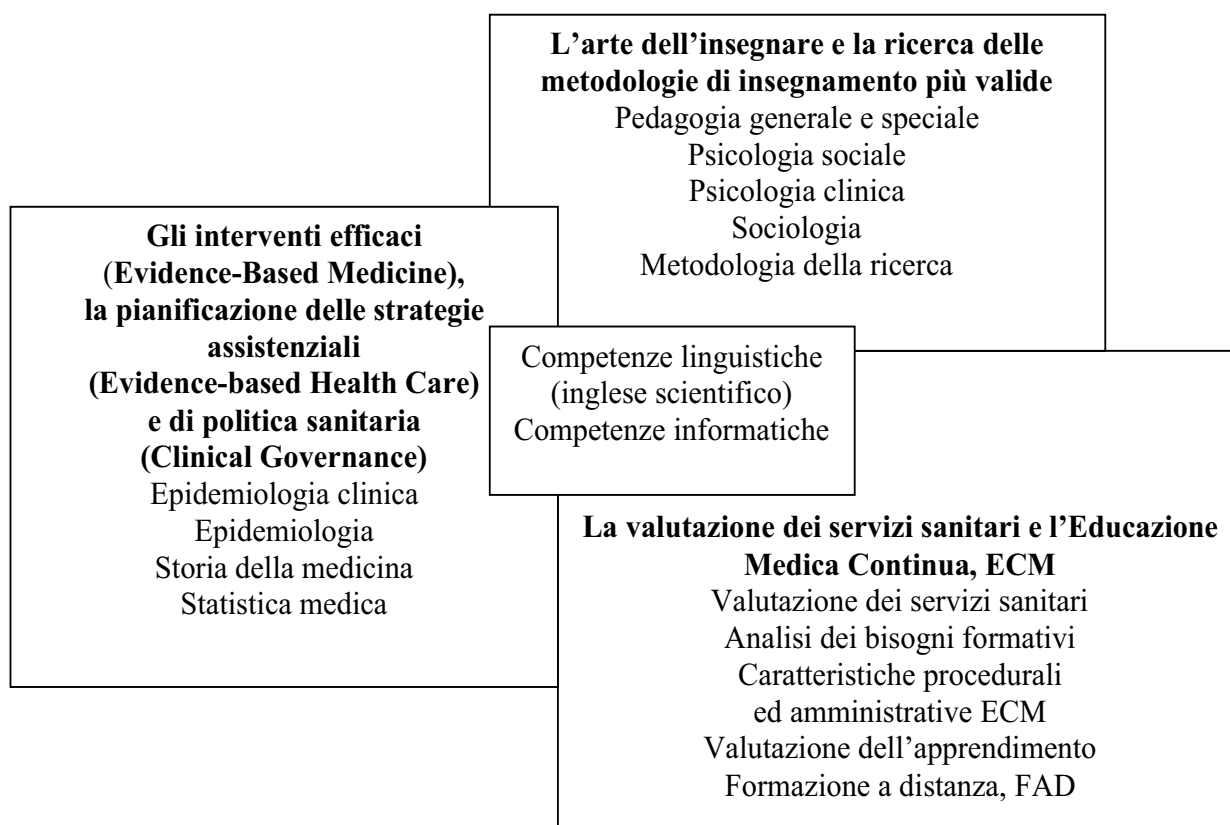
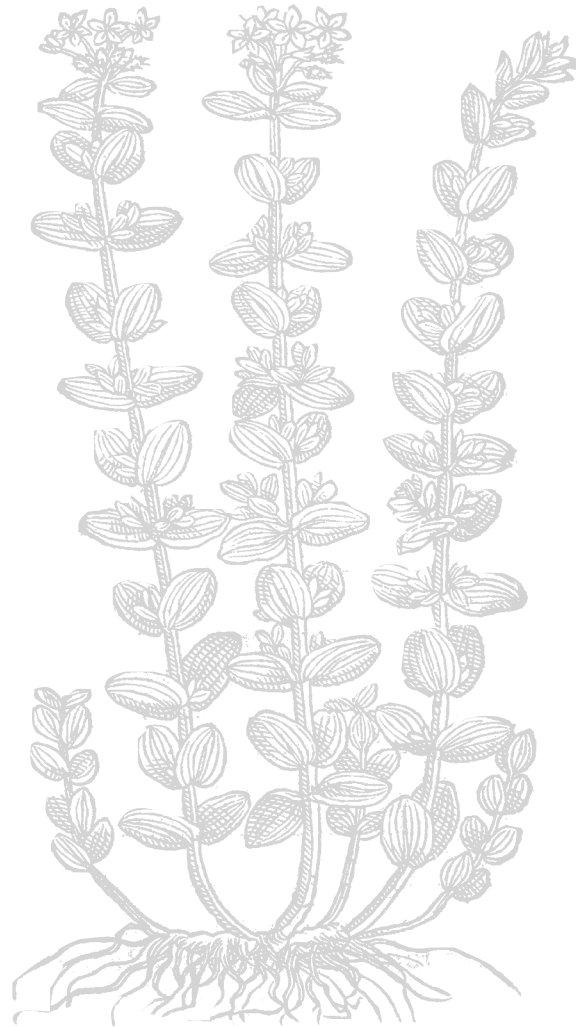


Fig. 1 - Aree della formazione pedagogica: contenuti essenziali.



È possibile fare formazione disconoscendo tale metodologia? A parere del Gruppo, attualmente diventa difficile ipotizzare un progetto formativo che non sia aderente a presupposti di pratiche cliniche EBM. Nel contempo è difficile ipotizzare che non vengano conosciuti e sfruttati nelle loro potenzialità l'impiego e la progettazione di moduli didattici, sulla base di metodi e contenuti della ricerca su Internet (EBM), che includano metanalisi, raccomandazioni delle associazioni professionali e consultazione di Linee-Guida.

**PERCHÉ LA MANAGERIALITÀ NELLA FORMAZIONE?**

“Non è possibile parlare di formazione senza parlare di organizzazione di sviluppo organizzativo e quindi di miglioramento continuo di qualità” (Zannini, 2005).

Il miglioramento continuo della qualità in sanità (MCQ) corrisponde all'insieme delle atti-

vità dirette a controllare e migliorare i processi e gli esiti, in sostanza implementare il sistema qualità nelle organizzazioni sanitarie. La valutazione dei servizi sanitari, l'analisi dei bisogni formativi e la programmazione formativa in relazione al miglioramento della qualità dell'assistenza rappresentano tematiche centrali per i professionisti della salute. Tali tematiche sono del resto incluse nel programma italiano di ECM nel Gruppo 1 degli obiettivi formativi di interesse nazionale stabiliti dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome, obiettivi nei quali, ad opinione della Commissione, tutte le categorie professionali, aree e discipline, possono riconoscersi.

Il programma italiano di ECM, da quasi 5 anni attivo anche nel nostro paese, pur con una serie di criticità, rappresenta l'insieme organizzato e

controllato di tutte quelle attività formative, sia teoriche che pratiche, promosse da agenzie formative diverse (si tratti di una Società Scientifica o di una Società professionale, di una Azienda Ospedaliera o di una Struttura specificamente dedicata alla Formazione in campo sanitario, ecc.), con lo scopo di mantenere elevata ed al passo con i tempi la professionalità degli operatori della sanità. Le caratteristiche procedurali ed amministrative del programma di educazione continua in medicina, ECM, la valutazione dell'apprendimento, la formazione a distanza, FAD, a quale area potranno essere riferite se non a quella della managerialità in ambito formativo?

A parere del Gruppo di studio, i laureati specialistici delle professioni sanitarie dovranno

essere in grado di occuparsi anche di tale fondamentale area, della quale peraltro si sono e si stanno già brillantemente occupando in molte aziende sanitarie.

#### **Bibliografia**

Guilbert JJ. *Guida Pedagogica*, Edizioni del Sud, Bari, 2001.

Morosini P., Perraro F. *Enciclopedia della Gestione di qualità in Sanità*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2001.

Vettore L. La formazione pedagogica dei docenti. *Medicina e Chirurgia* 21, 784-788, 2003.

Zannini L. Progettare e realizzare i nuovi corsi per le Lauree Specialistiche di area sanitaria: l'esempio dell'insegnamento delle discipline pedagogiche. *Medicina e Chirurgia* 27, 1029-1034, 2005.



*segue dalla pagina 1214*

- Gruppo 54 - e-Learning. Fabio Capani, Andrea Lenzi (coordinatore).
- Gruppo 55 - Area del ragionamento medico-scientifico. Massimo Malcovati (coordinatore), Cesare Scandellari
- Gruppo 56 - Metodo clinico, metodo sperimentale e medicine alternative. Alesando Lechi (coordinatore), con la collaborazione di Italo Vantini.
- Gruppo 57 - Formazione alla Medicina Basata sulle Evidenze. Giovanni Danieli (coordinatore), Gianfranco Gensini.
- Gruppo 58 - Scienze Umane. Oreste Terranova (coordinatore), Paola Binetti, Giovanni Federspil.
- Gruppo 59 - Tesi di laurea e formazione dello studente alla ricerca. Massimo Malcovati (coordinatore).
- Gruppo 60 - Area della valutazione. Massimo Casacchia (coordinatore), Luciano Binaglia.
- Gruppo 61 - Accreditemento dei Corsi di laurea – Campus one. Massimo Casacchia (coordinatore), Pietro Gallo
- Gruppo 62 - Valutazione dell'efficacia didattica e criteri di incentivazione. Pietro Gallo (coordinatore) con la collaborazione dei Presidenti dell'area romana.
- Gruppo 63 - Sperimentazione dell'esame di stato. Paola Binetti (coordinatore), Massimo Malcovati, Alfred Tenore.
- Gruppo 64 - Diploma supplement, Gian Battista Azzena.
- Gruppo 65. Area dei Servizi operativi. Amos Casti.
- Gruppo 66 - Regolamento. Giuseppe Delitala.
- Gruppo 67 - Sito web. Gilda Caruso.
- Gruppo 68 - Rivista. Alessandro Lechi ed Enrico Vasquez.
- Gruppo 69 - Osservatorio permanente. Amos Casti.

*Tab. 2 - Gruppi di studio della Conferenza negli anni 1985-2005.*



### **Incontri della Conferenza Permanente**

#### **1985**

- 1) 11 ottobre: Portonovo di Ancona, Hotel Emilia, Claudio M. Caldarera e Giovanni Danieli
- 2) 15 novembre: Roma, Ist. Patologia Generale, Claudio M. Caldarera e Giovanni Danieli.

#### **1986**

- 3) 12 aprile: Bologna, Ist. Chimica Biologica, Claudio M. Caldarera.
- 4) 2-3 giugno: S. Miniato al Tedesco (Pisa), Ugo Teodori e Paolo Carinci; Claudio M. Caldarera e Giovanni Danieli.
- 5) 10 luglio: Selva di Fasano, Ottavio Albano e Giuseppe De Benedictis.
- 6) 2 settembre: Milano, Antonio Scala e Luigi Allegra.
- 7) 15 novembre: Modena, I<sup>a</sup> Clinica Medica, Bruno Bonati.

#### **1987**

- 8) 9-10 gennaio. Siena, Certosa di Pontignano, Corradino Fruschelli.
- 9) 4 aprile: Roma, Università Cattolica, Sala del Consiglio, Ermanno Manni.
- 10) 11 luglio: Bologna, Ist. Chimica Biologica, Claudio M. Caldarera.
- 11) 22 novembre: Pisa, Hotel Cavalieri, Aldo Pinchera.

#### **1988**

- 12) 2 marzo: Roma, Ist. Patologia Generale, Luigi Frati.
- 13) 11 aprile: Milano, Rettorato, Luigi Allegra.
- 14) 6-7 maggio: Pontecchio (Bologna), Giampaolo Salvioli e Claudio M. Caldarera.
- 15) 2 luglio: Bari, Rettorato, Giuseppe De Benedictis.
- 16) 2-3 settembre: Jesi (An), Hotel Federico II, Guido Bossi e Giovanni Danieli.
- 17) 18 novembre: Napoli, Presidenza 1 Facoltà di Medicina, Dornenico Mancino.

#### **1989**

- 18) 15 gennaio: Roma, Ist. Patologia Generale, Luigi Frati.
- 19) 12 marzo: Parma, Policlinico, Almerico Novarini.
- 20) 26-27 maggio: Verona, Rettorato, Ludovico Antonio Scuro.
- 21) 14-15 luglio: Gubbio, Hotel Bosone Palace, Francesco Bistoni e Fausto Grignani.
- 22) 6-7 ottobre: Palermo, Rettorato, Alfredo Salerno e Pietro Li Voti.

#### **1990**

- 23) 1 febbraio: Bari, Hotel Palace, Giuseppe De Benedictis e Ottavio Albano.
- 24) 7 aprile: Travedona Monate (Va), Hotel Villa La Motta, Gian Mario Frigo e Luciano Tiepolo.
- 25) 29 aprile: Cagliari, Hotel Mediterraneo, Angelo Cherchi.
- 26) 13-14 luglio: Ferrara, Hotel Astra, Carmelo Fersini.
- 27) 20 ottobre: Udine, Sede Centrale Università, Pietro Enrico di Prampero.
- 28) 15 ottobre: Modena, Rettorato, Federico Manenti.

#### **1991**

- 29) 9 marzo: Padova, Rettorato, Cesare Scandellari.
- 30) 8 giugno: Catania, Ist. 1 Clinica Chirurgica, Italo Panella.
- 31) 27 settembre: Trieste, Hotel Riviera, Fulvio Bratina e Francesco Marotti.
- 32) 13-14 dicembre: Torino, Rettorato, Sergio Curtoni.

#### **1992**

- 33) 21 marzo: Roma, Presidenza Fac. di Med., Univeristà di Roma Tor Vergata, Giovanni Rocchi.

34) 19 giugno: Chieti, Sede Scuole di Specializzazione, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Domenico Gambi.

35) 2 ottobre- Roma, 1° Ist., di Clinica Medica Univ. "La Sapienza", Luigi Frati e Giovanni Danieli.

36) 11-12 dicembre, Genova Nervi, Hotel Astor, Carlo Loeb.

### **1993**

37) 6 maggio: Roma, Dip. Med. Sperim. Univ. La Sapienza, Luigi Frati.

38) 2 luglio. Brescia, Park Hotel Cà Noa, Giuseppe Nardi.

39) 22 ottobre: Milano, Sala del Consiglio di Amministrazione dell'Università, Antonio Pagano.

40) 10 novembre: Roma, Dip. Med. Sper. Univ. La Sapienza, Luigi Frati.

41) 10 dicembre: Siena, Sala Congressi Jolly Hotel Excelsior, Rodolfo Bracci.

### **1994**

42) 11 luglio: Roma, Dip. Med. Sper. Univ. La Sapienza, Luigi Frati.

43) 15 settembre: Roma, Dip. Med. Sper. Univ. La Sapienza, Luigi Frati.

44) 6 dicembre: Roma, Dip. Med. Sper. Univ. La Sapienza, Luigi Frati.

### **1995**

45) 24 marzo: Roma, Sala del Consiglio Superiore di Sanità - EUR, Luigi Frati.

46) 21 giugno: Roma, Sala del Consiglio Superiore di Sanità - EUR, Luigi Frati.

47) 11 ottobre: Portonovo di Ancona, Hotel La Fonte Excelsior, Giovanni Danieli.

48) 14 novembre: Roma, Dip. Med. Sper., Università La Sapienza, Luigi Frati.

49) 14 novembre: Roma, Dip. Med. Sper., Università La Sapienza, Salvatore Navarra.

### **1996**

50) 16 febbraio, Roma Sala del Consiglio Superiore di Sanità, Luigi Frati

51) 18-20 aprile, Portonovo di Ancona, Hotel La Fonte Excelsior, Giovanni Danieli

52) 12 luglio, Roma Sala del Consiglio Superiore di Sanità, Luigi Frati

53) 08 e 09 Novembre, Centro Studi "I Capuccini" S. Miniato, Pisa, Luigi Murri

54) 03 Dicembre, Roma Sala del Consiglio Superiore di Sanità, Luigi Frati

### **1997**

55) 28 febbraio, Roma Sala del Consiglio Superiore di Sanità, Luigi Frati

56) 4 luglio, Roma Sala del Consiglio Superiore di Sanità, Luigi Frati

57) 3 e 4 novembre, Portonovo di Ancona, Hotel La Fonte Excelsior, Giovanni Danieli

### **1998**

58) 7 aprile, Roma, Sala del Consiglio Superiore di Sanità, Luigi Frati.

59) 28 maggio, Roma, Sala del Consiglio Superiore di Sanità, Luigi Frati.

### **1999**

60) 12 febbraio: Roma, Sala CUN del MURST, Guido Coggi

61) 17 luglio: Milano, Dipartimento di Medicina Chirurgia e Odontoiatria, Ospedale San Paolo, Guido Coggi

### **2000**

62) 19 febbraio: Milano, Dipartimento di Medicina Chirurgia e Odontoiatria, Ospedale San Paolo, Guido Coggi

63) 14 e 15 aprile, Portonovo di Ancona, Hotel La Fonte Excelsior, Giovanni Danieli

64) 1 settembre: Roma, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Aula Bignami, Eugenio Gaudio, Pietro Gallo, Andrea Lenzi

65) 13 ottobre: Milano, Mostra-Convegno Eurosalute 2000, Massimo Malcovati

66) 15 e 16 dicembre: Portonovo di Ancona, Hotel La Fonte Excelsior, Giovanni Danieli

#### **2001**

67) 23 febbraio: Roma, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Aula Bignami, Eugenio Gaudio, Pietro Gallo, Andrea Lenzi

68) 8 e 9 giugno: Torino, Villa Gualino, Umberto Mazza

69) 3 settembre: Roma, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Aula Bignami, Eugenio Gaudio, Pietro Gallo, Andrea Lenzi

70) 14 e 15 dicembre: Portonovo di Ancona, Hotel La Fonte Excelsior, Giovanni Danieli

#### **2002**

71) 25 febbraio: Bologna, Royal Hotel Carlton, Luigi Bolondi

72) 24 e 25 Maggio: Messina, Hotel Ramada di Giardini Naxos – Taormina, Alberto Calabroni ed Enrico Vasquez

73) 15 e 16 settembre: Bologna, Eremo di Ronzano, Luigi Bolondi

74) 13 e 14 dicembre: Napoli, Jolly Hotel, e Caserta, Belvedere di San Leucio, Giovanni Delrio, Guglielmo Borgia, Evangelista Sagnelli

#### **2003**

75) 10 febbraio: Bologna, Royal Hotel Carlton, Luigi Bolondi

76) 11 aprile: Portonovo di Ancona, Hotel La Fonte Excelsior, Giovanni Danieli

77) 4 luglio: Bologna, Royal Hotel Carlton, Luigi Bolondi

78) 15 settembre: Bologna, Royal Hotel Carlton, Luigi Bolondi

79) 5 dicembre: Bari, Villa Romanazzi Carducci, Gilda Caruso

#### **2004**

80) 16 febbraio: Roma, Sala del Consiglio di Facoltà dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Gian Battista Azzena

81) 30 aprile: Cagliari, Aula Magna dell'Istituto di Anatomia Patologica, Amedeo Columbano

82) 16 settembre: Fermo, Centro Congressi S. Martino, Giovanni Danieli

83) 3 dicembre: Milano, Sala Lauree della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Massimo Malcovati

#### **2005**

84) 3 febbraio: Bologna, Royal Hotel Carlton, Domenico Berardi

85) 13 maggio: Roma, I Clinica Medica, Andrea Lenzi

86) 15 ottobre: Nuova Sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia - Torrette di Ancona, Giovanni Danieli

87) 12 dicembre: Aula "Carlo Conti" del Dipartimento di Fisiopatologia Medica, Andrea Lenzi

Tab. 3 - Incontri della Conferenza Permanente negli anni 1985-2005.



### **Riunioni congiunte Presidi - Presidenti**

#### **1986**

- 1) 2-3 giugno: S. Miniato al Tedesco (Pisa), Ugo Teodori e Paolo Carinci; Claudio M. Caldarera e Giovanni Danieli
- 2) 2 settembre: Milano, Antonio Scala e Luigi Allegra

#### **1988**

- 3) 6-7 maggio: Pontecchio (Bologna), Giampaolo Salvioli e Claudio M. Caldarera
- 4) 2-3 settembre: Jesi (An), Hotel Federico II, Guido Bossi e Giovanni Danieli
- 5) 18 novembre: Napoli, II Facoltà, Gaetano Salvatore e Gennaro Della Pietra; Domenico Mancino e Franco Rinaldi

#### **1989**

- 6) 14-15 luglio: Gubbio, Hotel Bosone Palace, Francesco Bistoni e Fausto Grignani

#### **1990**

- 7) 29-30 aprile: Cagliari, Angelo Balestrieri e Angelo Cherchi
- 8) 19 ottobre: Udine, Sede Centrale Università, Pietro E. Di Prampero

#### **1991**

- 9) 27 settembre- Trieste, Hotel Riviera, Fulvio Bratina e Francesco Marotti

#### **1992**

- 10) 20 marzo: Napoli, II Facoltà di Med., Gaetano Salvatore e Franco Rinaldi
- 11) 2 ottobre- Roma, 1° Ist., di Clinica Medica Univ. "La Sapienza", Luigi Frati e Giovanni Danieli

#### **1993**

- 12) Il dicembre: Siena, Sala Congressi del Jolly Hotel Excelsior, Piero Tosi e Rodolfo Bracci

#### **2000**

- 13) 14 e 15 aprile, Portonovo di Ancona, Hotel La Fonte Excelsior, Giovanni Danieli

#### **2003**

- 14) 11 aprile: Portonovo di Ancona, Hotel La Fonte Excelsior, Giovanni Danieli

#### **2004**

- 15) 2 maggio: Cagliari, Aula Magna dell'Istituto di Anatomia Patologica, Amedeo Columbano

#### **2005**

- 16) 13 maggio: Roma, I Clinica Medica, Andrea Lenzi
- 17) 15 ottobre: Nuova Sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia - Torrette di Ancona, Giovanni Danieli

*Tab. 4 - Riunioni congiunte delle Conferenze permanenti dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea*

# Manifesto di intenti

## Triennio 2005-2008

Andrea Lenzi (Roma - La Sapienza)

Con questo Manifesto di Intenti la Conferenza vuole proporre alcuni aspetti di politica accademica e didattica ed una serie di progetti per il triennio 2005-2008.

Il Manifesto si suddivide in cinque parti: 1) gli aspetti politici; 2) i titoli dei progetti, 3) le declaratorie dei progetti proposte dai Coordinatori dei Gruppi di lavoro incaricati della realizzazione; 4) la composizione dei Gruppi di lavoro; 5) la composizione dell'Ufficio di presidenza e le deleghe ai componenti dello stesso.

### 1. Gli aspetti politici

La Conferenza ha stabilito di passare da una fase che ha portato ad una omogeneità di comportamenti e di identificazione di obiettivi formativi condivisi nel precedente triennio ad una fase con le seguenti prospettive:

1.1 far derivare dai progetti decisioni pratiche a cui dare la forza sufficiente per essere applicate in ogni sede;

1.2 creare le occasioni per diffondere a livello istituzionale le attività della Conferenza implementandone l'immagine;

1.3 partire dalla qualità della formazione del medico per inviare all'Opinione pubblica ed alle Istituzioni il messaggio relativo alla qualità del laureato e del professionista laureato in Medicina e Chirurgia;

1.4 implementare l'attività di valutazione ed accreditamento interno identificando le eccellenze, creando una mappa di tali eccellenze anche al fine della formazione dei docenti;

1.5 predisporre un sistema di valutazione dei docenti basato su nuovi criteri di meritocrazia integrata scientifica e didattica fornendo indicatori di incentivazione e promozione;

1.6 studiare la possibilità di inserire nel percorso formativo moduli ed attività aggiuntive di alta formazione scientifica, tecnologica e sperimentale che consentano di identificare fra gli studenti le vocazioni alla ricerca scientifica;

1.7 mettere a punto iniziative che consentano una proiezione internazionale della Conferenza con particolare riferimento all'interazione con la Unione Europea;

1.8 coinvolgere gli studenti nell'applicazione dei progetti relativi al percorso formativo;

1.9 implementare gli aspetti pedagogici e i collegamenti con Società scientifiche ed Agenzie specializzate.

1.10 sviluppare pertanto Progetti relativi a: qualità, valutazione, innovazione, eccellenza che portino in risalto la Conferenza incrementando sia i rapporti con la società civile, con le istituzioni sia l'immagine nazionale ed internazionale del medico formato dai nostri corsi.

La Conferenza ha pertanto approvato, nelle sedute svoltesi ad Ancona e Roma il 15 ottobre e il 12 dicembre 2005, due gruppi di Progetti. I primi sono Progetti i cui temi sono stati già istruiti, trattati ed approfonditi nel precedente programma triennale che necessitano di una ulteriore fase per passare alla fase applicativa o per approfondirne aspetti specifici. Il secondo gruppo risulta costituito da Progetti utili, in primo luogo, per il superamento di alcune criticità riscontrate durante le site visit di valutazione svolte nell'ultimo anno e, in secondo luogo, per rendere più concreta e reale l'applicazione dei principi compresi negli obiettivi formativi della Classe di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia.

### 2. I titoli dei progetti

2.1 Progetti da completare o implementare.

- Applicazione del *core curriculum*
- *Progress test*
- Valutazione della qualità didattica ed accreditamento
- Selezione all'accesso
- Innovazione pedagogica

2.2 Nuovi progetti

- Attività professionalizzante
- Propedeuticità e sbarramenti
- Distribuzione dei CFU per SSD
- Integrazione disciplinare
- Informazione e comunicazione
- Medicina del territorio
- Area Linguistica
- Area Diagnostica di laboratorio
- Valutazione esame di laurea

### 3. Le declaratorie dei progetti

APPLICAZIONE DEL *CORE CURRICULUM* – *Coordinatore*: E. Gaudio, *Collaboratori*: A. Gaddi, G. Torre, L. Vettore

Il Gruppo di studio si propone di ottimizzare l'applicazione del *core curriculum* della Conferenza che rappresenta, da un lato, una proposta e, dall'altro, uno strumento di lavoro, duttile ed in nessun modo coercitivo dell'autonomia didattica dei singoli Corsi di Laurea. Pertanto, il momento della diffusione a livello nazionale, della discussione critica nei diversi CCLM, del confronto con i programmi e gli strumenti già esistenti, dell'analisi delle UDE proposte per ogni ambito culturale e di un *feed-back* da parte di ciascuna sede e di ciascun ambito culturale, apparirà come il vero momento "cruciale" della reale applicazione dell'intero progetto. Per raggiungere l'obiettivo finale di una omogeneità di fondo degli obiettivi didattici da perseguire e realizzare che permetta, allo stesso tempo, una flessibilità in armonia con la *mission* specifica del singolo Corso di laurea, strettamente legata alla effettiva qualità e differenziazione dell'esperienza dei docenti che concretamente organizzano e tengono i Corsi variamente integrati, sarà necessario quindi un lavoro inizialmente dedicato ad affrontare le prime quattro tappe del percorso:

- 1) effettiva diffusione del documento a tutti i CCLM e a tutti gli ambiti culturali;
- 2) verifica da parte dei diversi CCL e dei diversi ambiti culturali delle UDE proposte e confronto con le diverse attuali situazioni;
- 3) *feed-back* con eventuali proposte di integrazioni/modifiche;
- 4) individuazione delle affinità e dei possibili collegamenti del *core curriculum* italiano con i *core curricula* dei principali Ordinamenti europei;
- 5) valutazione da parte del gruppo di studio e del plenum della Conferenza.

*PROGRESS TEST* - *Coordinatore*: P. Binetti;  
*Collaboratori*: G. Aggazzotti, A. Carducci, A. Tenore, G. Valente, L. Vettore

Il programma del Gruppo di studio è quello di aggiornare i modelli di valutazione con cui vengono pensati e proposti i diversi tipi di esame. La Conferenza desidera sperimentare quei modelli di valutazione che consentono una visione integrata della formazione raggiunta dallo studente non solo al termine del suo piano di studi, ma anche in alcuni punti essenziali del suo processo formativo. Ad un *Progress Test* si chiede di valutare in modo particolare come la conoscenza e la comprensione di alcuni concetti chiave, soprattutto nelle discipline di base, facilitino le tappe successive dell'apprendimento clinico. L'architettura

delle domande è data dall'ICD: *International statistical classification of diseases and health related problems*. 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. Il *Progress test* desidera stimolare la motivazione ad imparare esplorando ciò che lo studente conosce, attraverso un percorso didattico, che utilizza l'errore come risorsa per i processi di riflessione, applicazione, verifica, confronto, correzione e ricorrezione delle sue conoscenze e trasformandole in competenze significative. La valutazione dei risultati del *Progress test* non si ferma quindi agli indicatori di tipo quantitativo, tentando di misurare e documentare la crescita di conoscenze e competenze significative degli studenti e la produttività didattica del sistema formativo. Prima di somministrare il *Progress Test*, è necessario preparare nei tempi e nei modi opportuni il contesto didattico adeguandolo a tale innovazione.

VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DIDATTICA ED ACCREDITAMENTO – *Coordinatore*: M. Casacchia, *Collaboratori*: P. Apostoli, G. Familiari, P. Gallo, A. Lenzi, P. Marconi, A. Mugelli, M. Vanelli

Il Gruppo di studio intende proseguire e concludere i lavori già avviati nel triennio passato, tenendo presente due obiettivi rilevanti in tema di valutazione dei processi formativi dei corsi di laurea. Il primo prevede di raccogliere in modo organico le proposte per la valutazione dell'efficienza ed efficacia della didattica, elaborate dalla Conferenza come prevede il regolamento didattico del CLM di Medicina e Chirurgia, testando su scala più ampia la loro validità nel monitorare le carriere degli studenti. In questo ambito valutativo è necessario condividere anche strumenti sulla valutazione della qualità della didattica percepita dagli studenti, delle attività professionalizzanti e di tirocinio, della modalità con cui si svolgono le prove di esame ed i connessi aspetti pedagogici. Anche gli strumenti proposti dai Nuclei di Valutazione ed utilizzati dagli Atenei andranno valutati in base all'esperienza e in base alle specificità dei CLM in Medicina e Chirurgia al fine di proporre una revisione. Il secondo obiettivo è quello di rivedere il questionario di autovalutazione dei CLM, elaborato dalla Conferenza, alla luce delle esperienze delle site-visits che

dovranno essere ripetute nel prossimo triennio. I questionari rappresentano un'ottica più ampia del concetto di valutazione della didattica: infatti i due strumenti, uno di autovalutazione e l'altro di eterovalutazione, permettono di tenere sotto controllo tutti i segmenti del processo formativo, quali l'identificazione degli obiettivi formativi, l'individuazione delle risorse, la distribuzione delle responsabilità e, con una visione di sistema, i processi ed i risultati di un'organizzazione complessa, quale quella di un corso di laurea. Il gruppo è consapevole che l'esercizio e la cultura della valutazione del sistema formativo nella sua complessità rappresentano una sorta di allenamento virtuoso e volontario anche in vista di valutazioni esterne finalizzate all'accREDITAMENTO istituzionale.

SELEZIONE ALL'ACCESSO ED ORIENTAMENTO –  
*Coordinatore:* G. Familiari; *Collaboratori:* GB. Azzena, G. Caruso, C. Panella.

Il Gruppo di studio si propone di rinnovare i criteri e le modalità di selezione per l'accesso al Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, per poter scegliere efficacemente futuri medici che possiedano una buona attitudine al contatto umano e al lavoro di gruppo, unitamente ad un'ottima abilità ad analizzare e risolvere i problemi e che sappiano acquisire autonomamente e con senso critico nuove conoscenze. Un impegno importante deve essere previsto, nel triennio 2005-2008, per lo studio e la sperimentazione delle seguenti proposte di miglioramento dei "criteri" di selezione: 1) ottimizzazione degli attuali quiz, orientati a censire solo conoscenze di base e le abilità logiche, e integrazione con un breve saggio scritto; 2) valutazione "corretta" del curriculum della scuola secondaria superiore; 3) valutazione "calibrata" delle capacità attitudinali attraverso l'uso di test psico-attitudinali specifici e di colloqui strutturati; 4) eventuale considerazione dell'aspetto sociale. Un ulteriore impegno deve essere previsto anche nella sperimentazione delle "modalità" di selezione, che debbono essere riviste nella prospettiva di una migliore equità ed efficienza. A tale proposito sarebbe utile la sperimentazione di una graduatoria locale con possibilità di personalizzare i diversi "criteri" di selezione nelle singole sedi, avendo come base di partenza un modello nazionale condiviso, come ad esempio la banca dati dei quiz specifici.

INNOVAZIONE PEDAGOGICA – *Coordinatore:* P.  
Med. Chir. 31. 1236-1241, 2006

Gallo, *Collaboratori:* P. Binetti, C. Della Rocca, G. Familiari, M. Maroder, R. Valanzano, L. Vettore.

Il Gruppo di studio si prefigge come scopo che la Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia rappresenti non solo un'istanza di scambio di riflessioni e di esperienze, ma anche un provider di servizi per i Presidenti di Corso di Laurea. In questo senso il Gruppo Innovazione pedagogica si propone non soltanto di stimolare riflessioni ed esperienze, ma anche di fornire un supporto per attività di formazione dei docenti (a vantaggio sia dei Presidenti di CLM sia dei docenti dei diversi CLM) e attività di consulenza per Presidenti di CLM e Commissioni Tecniche di Programmazione didattico-pedagogica. Le attività programmate sono: 1) organizzare mini-atelier pedagogici riservati ai membri della CPPCCLM; 2) d'intesa con il Direttivo della Conferenza, far conoscere iniziative didattiche e pedagogiche attuate in altri Paesi, specie Europei; 3) sulla scorta dell'esperienza maturata con le *on-site visits*, essere disponibili ad azioni di consulenza, a favore di CLM interessati, in termini di costruzione del curriculum degli studi, organizzazione delle prove di valutazione, formazione dei docenti, valutazione dell'efficacia didattica; 4) sviluppare la conoscenza di nuove tipologie didattiche (giuoco di ruolo, paziente standardizzato, medicina narrativa, ecc); 5) realizzare strumenti concreti ed esportabili di formazione pedagogica dei docenti (formato e materiali di supporto per allestire degli atelier pedagogici, presentazioni in formato *power point* da poter essere proiettate in occasione delle riunioni del CCLS o di seminari didattici, o testi scritti da poter utilizzare come "guide" in supporto a specifici servizi didattici); 6) d'intesa con il Gruppo Integrazione disciplinare, ribadire la necessaria interdipendenza tra la programmazione di un corso integrato, la sua esecuzione, e la valutazione dell'apprendimento; 7) estendere la conoscenza delle diverse tipologie di valutazione dell'apprendimento, sottolineando le necessarie caratteristiche di obiettività, pertinenza e interdisciplinarietà di una prova di valutazione; 9) studiare una proposta di esame di semestre, valutandone vantaggi e limiti, ed individuando un possibile formato condiviso; 10) censire e valutare le iniziative di *e-learning* esistenti nei CLM Italiani e favorire lo scambio di informazioni e progetti.

ATTIVITÀ PROFESSIONALIZZANTI - *Coordinatore:* L. Vettore, *Collaboratori:* P. Apostoli, A. Carducci, L.

Cordero di Montezemolo, A. Tenore, E. Vasquez.

Il Gruppo di studio si occuperà: 1) della definizione e individuazione delle attività professionalizzanti di natura metodologica, da affiancare alle tradizionali "abilità pratiche" già definite in modo abbastanza soddisfacente (per abilità metodologiche s'intendono per es., abilità relative a: rilevazione e interpretazione critica dei dati e dei fenomeni in ambito clinico; applicazione delle conoscenze teoriche nelle attività preventiva, diagnostica, prognostica, terapeutica e riabilitativa; abilità di ricerca, individuazione e valutazione critica delle informazioni scientifiche necessarie alla soluzione di problemi clinici; capacità di applicazione della metodologia propria dell'EBM; abilità nell'assunzione di decisioni per la soluzione di problemi; considerazione delle componenti etiche nell'affrontare problemi clinici, ecc.); 2) della individuazione delle integrazioni più funzionali tra le differenti attività professionalizzanti e le loro basi teoriche di conoscenza (afferenti a molteplici e diversi ambiti culturali); 3) del tentativo di collocazione razionale delle differenti attività professionalizzanti nei diversi tempi curriculari, con scansione dei momenti di insegnamento, apprendimento e valutazione (per es., l'abilità X viene insegnata la prima volta in coincidenza dell'insegnamento Y, che ne garantisce una prima verifica dell'apprendimento; il suo apprendimento viene rinforzato e approfondito durante i periodi 1, 3, 7..... grazie al contributo docente di F, M, R.....; il conseguimento della performance finale soddisfacente ai fini professionali viene verificato nel periodo 12.....); 4) della definizione di "griglie analitiche" per la valutazione oggettiva del grado di abilità acquisita relativamente alle UDE pratiche, con il fine di facilitare ai CLM l'organizzazione e l'allestimento di prove OSCE locali per la verifica dell'apprendimento delle practical skills essenziali.

PROPEDEUTICITÀ E SBARRAMENTI – *Coordinatore:* M. Kienle, *Collaboratori:* P. Marconi, R. Sitia, G. Torre, M. Vanelli

Il Gruppo di studio effettuerà un rilevamento della situazione nazionale, inviando una scheda predisposta anche sulla base dei regolamenti esistenti dei diversi corsi di laurea, relativamente alle modalità di blocco all'iscrizione agli anni successivi. Effettuerà anche una analisi comparativa con le principali Università straniere. Raccolti i risultati, esaminerà le singole situazioni e stenderà una relazione dettagliata che invierà all'attenzione

della Conferenza. Sentito il parere dei colleghi Presidenti, stenderà quindi una serie di proposte che, dopo discussione in Conferenza, possano essere portate all'attenzione delle Facoltà. Sulla base delle delibere delle diverse Facoltà valuterà la possibilità di applicazione di una proposta che possa risultare accettabile per tutte le sedi o quantomeno di una serie di linee guida.

DISTRIBUZIONE DEI CFU PER SSD – *Coordinatore:* A. Mugelli, *Collaboratori:* A. Casti, L. Cordero di Montezemolo, C. Panella.

Il Gruppo di studio si propone di riorganizzare le disomogeneità conseguenti alle diverse modalità con cui le varie sedi hanno proceduto, al momento dell'applicazione del nuovo ordinamento di-dattico, alla distribuzione dei CFU alle UDE e ai SSD. Partendo dall'analisi critica della situazione attuale, si intende proporre una distribuzione dei CFU per SSD, che riduca la variabilità tra sedi, e che sia caratterizzata da una loro razionale collocazione per anno e per tipologia di attività. Gli obiettivi sono: 1) promuovere un'analisi comparativa per un percorso formativo articolato in modo razionale, facendo emergere il loro utilizzo nell'integrazione degli insegnamenti sia orizzontale sia verticale; 2) utilizzare il sistema dei CFU nell'applicazione del core curriculum in grado di valorizzare le conoscenze e le competenze mediche.

INTEGRAZIONE DISCIPLINARE – *Coordinatore:* A. Columbano, *Collaboratori:* L. Corbellini, E. Gaudio, P. Marconi,

Tempistica: censimento 6 mesi e 1 anno per relazione alla Conferenza

Il Gruppo di studio prende le mosse dalla constatazione che, tra i vari obiettivi delle precedenti riforme dell'ordinamento didattico del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, quello rappresentato dalla proposta di un'integrazione didattica che riducesse la parcellizzazione del sapere in microcorsi è stato sicuramente uno dei più ambiziosi, ma anche quello che ha incontrato maggiori difficoltà di attuazione. È indubbio che in molte sedi l'integrazione dei corsi, così come era stata concepita, sia più un proposito che una realtà. È altrettanto vero che un'integrazione dei corsi presenta difficoltà di vario genere. L'obiettivo immediato è quello di mappare in maniera adeguata la situazione esistente nelle varie sedi, comprensiva della distribuzione dei CFU per i singoli Corsi integrati (obiettivo da raggiungersi tramite

questionari adeguati e puntuali mirati a raccogliere in maniera precisa tutte le informazioni necessarie) anche basandosi sui dati raccolti durante le *site visit* svolte di recente. Quindi, sarà necessario analizzare tutte le ragioni che hanno, finora, reso difficoltoso, se non impossibile, il completamento di questo progetto (accorpamenti anomali, scarsa collaborazione tra docenti dello stesso corso integrato, modalità di esame, tendenza degli studenti a voler spezzettare il corso in piccoli esami, ecc.). Infine, potrà essere utile sperimentare in qualche sede nuove possibili forme di integrazione e ridiscutere se, sulla base dei risultati che emergeranno dall'analisi dei dati, i tempi siano maturi per ipotizzare un raggiungimento del progetto di reale integrazione.

INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE – *Coordinatore*: O. Terranova, *Collaboratori*: D. Berardi, E. Torre.

Il Gruppo di studio affronta la problematica di come impostare la didattica ad un potenziale corso sul rapporto medico-paziente. Si sottolinea che si tratta di momenti formativi piuttosto che informativi. La collocazione del corso potrà avere in larga parte la sua naturale collocazione nell'ambito delle Scienze Umane anche se tutti i corsi integrati clinici devono prevedere richiami costanti a questo particolare e fondamentale aspetto della didattica. Lezioni frontali, seminari, incontri a piccoli gruppi - anche interattivi - possono rappresentare gli strumenti didattici attraverso i quali arrivare all'obiettivo. I docenti potranno provenire anche da altre Facoltà. Il Corso potrebbe essere svolto in più anni del percorso formativo, potrà prevedere una verifica della preparazione dello studente e potrebbe utilizzare le tecnologie innovative, quali ad esempio l'e-learning, la medicina narrativa e i giochi di ruolo.

MEDICINA DEL TERRITORIO – *Coordinatore*: G. Delitala, *Collaboratori*: G. Aggazzotti, E. Belgrano, E. Sagnelli.

Il progetto di questo Gruppo di studio nasce dalla necessità oggettiva di superare la mancanza di un rapporto codificato tra le attività istituzionali della Facoltà di Medicina (in primo luogo quella formativa) e l'area dell'assistenza primaria. In questa ottica il progetto prevede una iniziale indagine conoscitiva sulle iniziative attuate nelle singole Facoltà di Medicina Italiane.

Successivamente verranno individuati i settori scientifico disciplinari che dovranno interfacciarsi con l'area della medicina di famiglia e del

territorio nella elaborazione di questo percorso formativo, possibilmente omogeneo per tipologia e contenuti, indispensabile per una formazione di base adeguata ed olistica dei futuri medici.

AREA LINGUISTICA – *Coordinatore*: G. Caruso, *Collaboratori*: L. Corbellini; C. Panella, H. Snelgrove (Consulente).

Il Gruppo di studio utilizzerà come base quanto già svolto dal Gruppo della Conferenza sul Programma quinquennale di Inglese (anno 2002) che fu anche pubblicato in un documento sulla nostra Rivista. Il Gruppo potrebbe rivedere e rinviare a tutte le Sedi il questionario allora predisposto. I punti principali qualificanti del lavoro da svolgere, riguardano principalmente: 1) test di conoscenza di lingua inglese all'ingresso; 2) valutazione di un range minimo-massimo di CFU da destinare all'insegnamento dell'inglese scientifico; 3) distribuzione negli anni di corso; 4) metodologia di apprendimento attraverso moduli didattici; 5) metodologia di valutazione attraverso un esame e/o un *portfolio* studentesco.

AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO – *Coordinatore*: P. Marconi, *Collaboratori*: A. Casti, G. Del Rio, A. Modesti, M. Kienle.

Il Gruppo di studio prende le mosse dalla constatazione che la didattica relativa all'area diagnostica di laboratorio richiede un intervento sistematico di valutazione e, successivamente, di riorganizzazione per un suo maggiore contributo nel percorso formativo dello studente. Gli argomenti principali da affrontare sono così riassumibili: 1) i contenuti culturali indispensabili; 2) i contributi didattici dei Settori Scientifici Disciplinari; 3) l'articolazione dei contenuti didattici nei vari insegnamenti e la loro integrazione; 4) la collocazione delle varie fasi di questo percorso formativo negli anni di corso e l'integrazione disciplinare; 5) la metodologia di valutazione del profitto didattico.

VALUTAZIONE ESAME DI LAUREA – *Coordinatore*: A. Tenore, *Collaboratori*: GB. Azzena, G. Caruso, E. Gaudio, E. Vasquez.

Il Gruppo di studio parte dalla constatazione che esiste una enorme variabilità e discrepanza nell'assegnazione del voto di laurea nelle varie Facoltà di Medicina e Chirurgia. Considerato che il voto di laurea costituisce uno dei fattori determinanti per l'accesso alle Scuole di Specializzazione, diventa imprescindibile una

standardizzazione dei criteri di definizione del voto, per evitare discriminazioni fra gli studenti che si iscrivono agli esami di ammissione alle Scuole, provenendo da Facoltà diverse. L'obiettivo del Gruppo di lavoro è quello di proporre uno standard di preparazione della tesi e di formulare una scala di punteggi per valutare la preparazione e l'espletamento della tesi e dell'esame di laurea, che segua procedure logiche e standardizzate, oggettive e trasparenti e di facile e generale applicazione in tutte le Facoltà di Medicina e Chirurgia italiane.

#### **4. Composizione dell'Ufficio di Presidenza e deleghe**

##### *Composizione*

A. Lenzi (Presidente), P. Gallo, A. Tenore, A. Casti (Segretario), G. Danieli (Past-President).

##### *Deleghe*

- Rappresentanza presso i Ministeri, le Istituzioni e le altre Conferenze Permanenti (A. Lenzi)
- Vice Presidente Vicario (P. Gallo)
- Rapporti Internazionali e con l'Europa (A. Tenore)
- Gestione editoriale dei *Quaderni di Medicina e Chirurgia* (G. Danieli)
- Rapporti con la SIPEM (P. Binetti)
- Gestione Sito Web e Archivio Conferenza (A. Casti)



## Tutorship e piccolo gruppo facilitano l'apprendimento dell'evidence-based medicine negli Studenti di Infermieristica in uno studio di coorte prospettico controllato

Giovanni Pomponio, Gilda Pelusi, Marina Fratini, Fabio Mascella, Giovanni Danieli (Ancona)

### Introduzione

L'*Evidence-Based Medicine* (EBM) ha lo scopo di aumentare l'efficacia delle decisioni nella pratica clinica basandole sull'integrazione dell'esperienza professionale con le migliori informazioni derivate dalla ricerca clinica. L'*Evidence-Based Nursing* (EBN) rappresenta l'applicazione di questi principi alla pratica infermieristica.

In Italia, lo sviluppo delle abilità di EBN sono state introdotte nel core curriculum infermieristico solo recentemente, grazie all'aumento dell'autonomia e della responsabilità clinica garantita dal nuovo panorama normativo e formativo del sistema sanitario italiano. Comunque, nonostante l'insegnamento dell'EBM si sia dimostrato in grado di favorire negli studenti di medicina l'utilizzo delle informazioni di migliore qualità nella fase della decisione clinica non è tuttora chiaro quale sia il metodo di insegnamento più appropriato; le informazioni relative alla didattica nei Corsi di Laurea in Infermieristica sono ancor più contrastanti e limitate ad osservazioni aneddotiche.

Inoltre, il trasferimento delle conoscenze teoriche in comportamenti pratici rappresenta uno degli aspetti più critici dell'insegnamento dell'EBM in ogni percorso formativo. L'uso di un modello basato sulla tutorship in piccolo gruppo potrebbe favorire lo sviluppo di questo processo, incoraggiando gli studenti a mantenere una attitudine all'apprendimento attivo e critico.

Lo scopo di questo studio è di valutarne l'ef-

ficacia, in particolare nel migliorare lo sviluppo negli studenti di infermieristica delle abilità circa la valutazione critica degli articoli pubblicati che riportano i risultati della ricerca clinica. Queste abilità sono di fondamentale importanza per la pratica dell'EBN.

### Materiali e Metodi

#### Setting e popolazione

Nella Laurea in Infermieristica di Ancona, il corso di EBN è previsto nel piano di studi del secondo anno nel secondo semestre. All'inizio dell'anno accademico, gli studenti sono stati divisi casualmente in due gruppi, chiamati canale A e B, per ragioni organizzative. In entrambi i gruppi abbiamo arruolato tutti gli studenti che hanno accettato di partecipare. Gli studenti sono stati informati circa lo scopo dello studio, pur rimanendo *in cieco* sui dettagli del metodo di sperimentazione utilizzato e del fatto di essere stati assegnati ad un gruppo di controllo o a quello dell'intervento sperimentale.

#### Disegno

È stato condotto uno studio prospettico con due coorti parallele: gli studenti appartenenti al canale A sono stati esposti all'intervento sperimentale, mentre gli studenti del canale B rappresentano il gruppo controllo. La scelta dei gruppi è avvenuta in maniera *random*. Entrambi i gruppi hanno



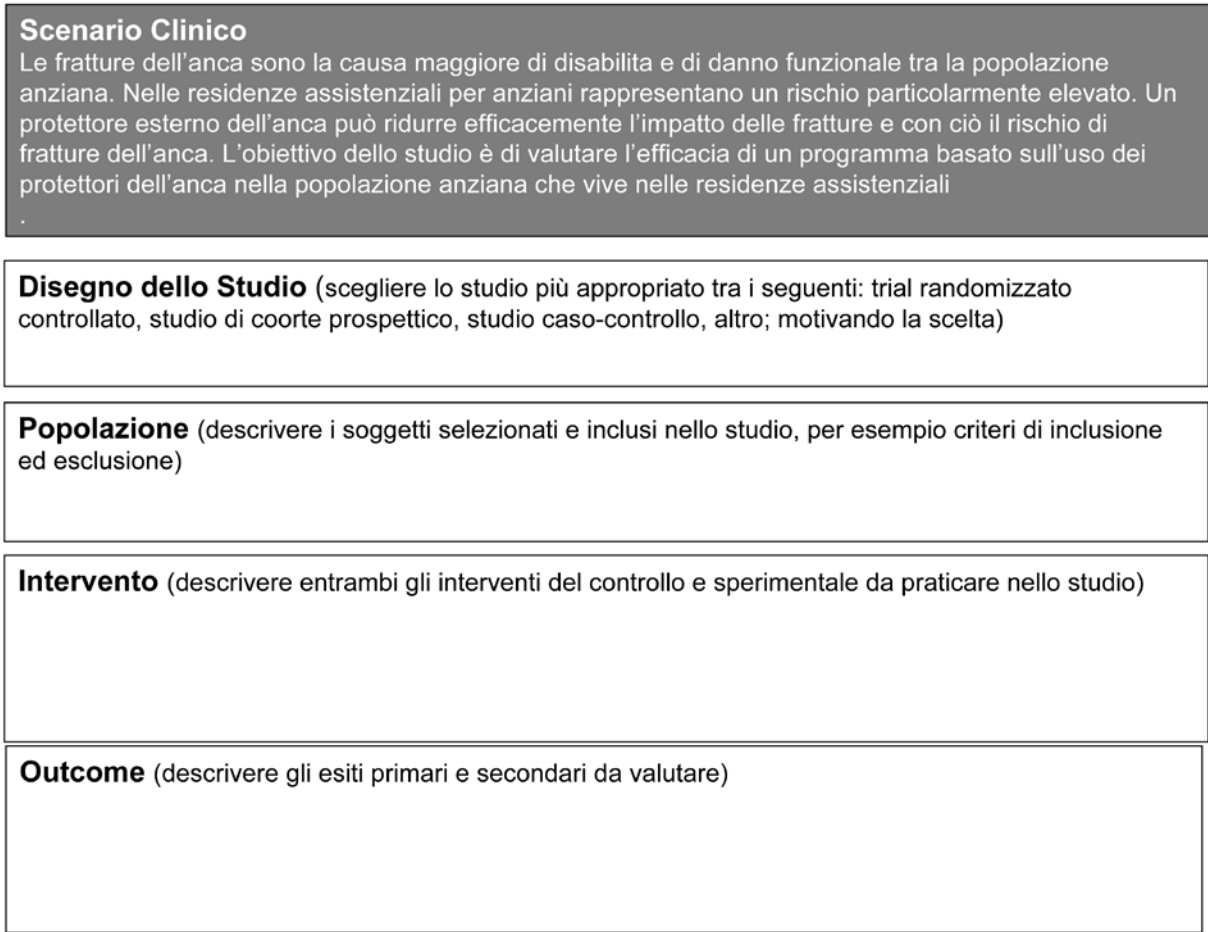


Fig. 1 - Esempio di scenario clinico consegnato agli studenti per i lavori di gruppo.

ricevuto per 12 settimane 14 ore di lezione frontale e 10 ore di didattica interattiva con insegnamento guidato nell'uso del computer ed esercizio per la ricerca in *medline*.

I docenti di due gruppi hanno seguito lo stesso programma ed utilizzato un identico *slide-show* in entrambi i canali. Inoltre hanno preparato e discusso insieme tutte le lezioni.

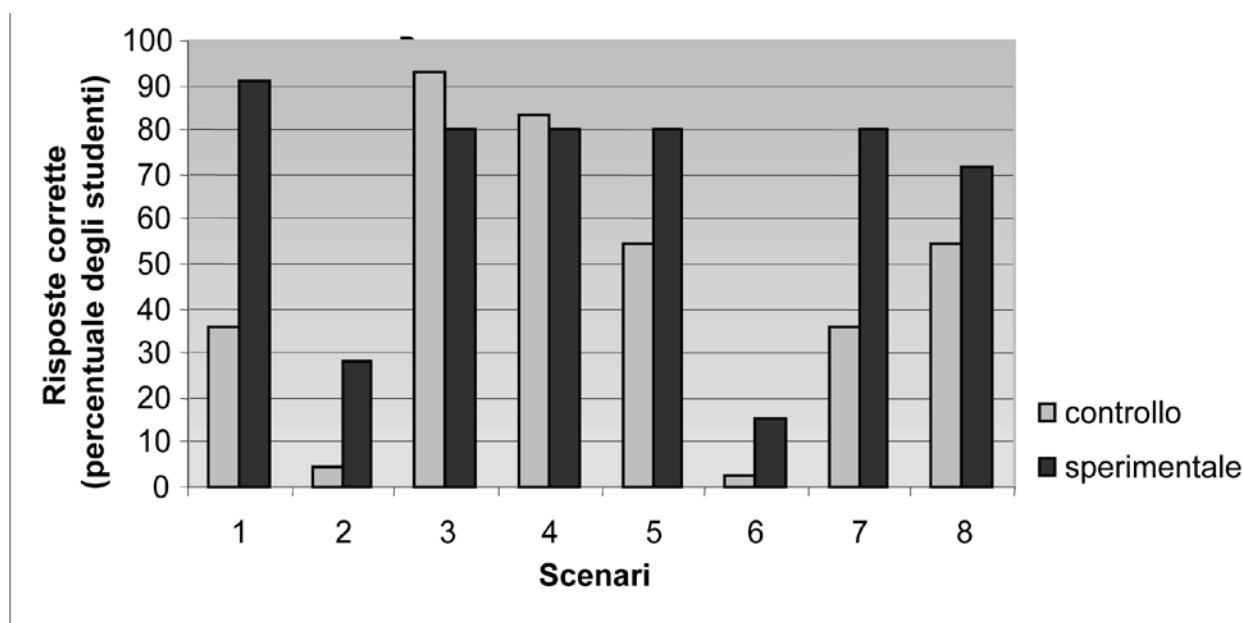
Alla fine del corso entrambi i gruppi sono stati sottoposti alla stessa valutazione.

*Procedura*

Gli studenti del Canale A (gruppo sperimentale) sono stati invitati ad aggregarsi spontaneamente in piccoli gruppi (6-8 persone). Tutti i gruppi hanno nominato un *leader* e un *segretario*. Il leader ha coordinato i lavori, riportato le conclusioni in aula e rappresentato il gruppo durante la discussione, mentre il segretario ha assunto compiti organizzativi. Dopo alcune lezioni frontali introduttive e lezioni interattive, il docente ha consegnato da due fino a sei mandati di lavoro per ciascun gruppo. Il mandato consisteva nel

formulare adeguati quesiti clinici circa alcuni scenari (vedi Fig. 1); successivamente i gruppi dovevano definire le caratteristiche fondamentali di un trial clinico in grado di rispondere a questi quesiti. In particolare l'aspetto più importante era la scelta del disegno sperimentale più efficace (per es. trial randomizzato controllato verso studio di coorte, ecc.), come selezionare in un trial una popolazione rappresentativa della realtà clinica (criteri di inclusione/esclusione) e il set di *outcome* più rilevanti da valutare. Inoltre dovevano descrivere nello studio gli interventi praticati in maniera sufficientemente dettagliata da permetterne la replicazione. Un tutor con esperienza in EBM e addestrato all'insegnamento in piccoli gruppi, ha supervisionato e assistito su chiamata gli studenti per un periodo di 30 giorni. Al termine di tale periodo ciascun gruppo ha elaborato un *report* per una breve presentazione orale in discussione plenaria.

Gli studenti del canale B hanno ricevuto le stesse lezioni frontali e interattive del canale A. Sono stati anche incoraggiati a chiedere al docen-



	Gruppo Controllo (n)		Gruppo sperimentale (n)		Test Chi Quadrato	Livello di difficoltà
	correct	wrong	correct	wrong		
Scenario 1	15	27	42	4	p<0,05	medium
Scenario 2	2	40	13	33	p<0,05	hard
Scenario 3	39	3	37	9	p=0,08	easy
Scenario 4	35	7	37	9	p=0,72	easy
Scenario 5	23	19	37	9	p<0,05	medium
Scenario 6	1	41	7	39	p<0,05	hard
Scenario 7	15	27	37	9	p<0,05	easy
Scenario 8	23	19	33	13	p=0,09	easy

Fig. 2 - Risposte corrette fornite dagli studenti ad otto diversi scenari di differente difficoltà (vedi testo per dettagli).

te spiegazioni supplementari e informazioni per tutta la durata del corso (12 settimane), attraverso colloqui personali e consultazioni per via e-mail.

*Outcome* - Sono stati valutati i seguenti outcome primari:

1. abilità degli studenti nel valutare correttamente le caratteristiche fondamentali di un trial clinico pubblicato;
2. soddisfazione degli studenti

Gli *outcome* sono stati valutati attraverso un questionario strutturato in due parti:

a. *la prima*, con quattro domande, indagava alcuni aspetti relativi alla reazione degli studenti: interesse generale del corso di EBN, percezione

sogettiva circa l'utilità pratica e la trasferibilità alla realtà clinica dei contenuti del corso, percezione soggettiva circa l'efficacia del metodo di insegnamento. Il grado di soddisfazione è stato ordinato su scala da 1 (massima soddisfazione) a 4. Nell'elaborazione dei dati sono stati considerati come giudizi positivi le risposte con esito  $\pm 3$ ;

b. *la seconda*, composta da otto abstract di trials clinici realmente pubblicati riguardanti interventi infermieristici, era strutturata in quesiti a risposta multipla ciascuno dei quali indagava uno degli aspetti fondamentali della qualità dello studio. Il punteggio di 1 veniva attribuito ad ogni risposta corretta (massimo punteggio=8), mentre a quelle scorrette veniva assegnato il punteggio 0. Inoltre

a ciascun trial è stato attribuito dal docente a priori un grado di difficoltà distinto in tre classi, facile, difficile, molto difficile, (Fig. 1), basandosi sull'esperienza degli anni precedenti.

Gli studenti di entrambi i canali sono stati sottoposti alla fine del corso alla valutazione, con le stesse modalità. I risultati sono stati esaminati da un valutatore esterno, in cieco sull'assegnazione dei gruppi.

*Analisi Statistica* - L'analisi dei dati è stata condotta utilizzando il software SSP2 applicando il test del Chi quadrato.

## Risultati

- 90 su 120 studenti (46 del canale A e 44 del canale B) hanno accettato di partecipare allo studio e hanno frequentato il programma delle lezioni. 46/46 questionari degli studenti del canale A e 42/44 degli studenti del canale B sono stati valutati nell'analisi. Il corso di EBN ha riscosso complessivamente un buon successo tra gli studenti; gli studenti del gruppo sperimentale hanno espresso in percentuale maggiore un parere favorevole circa l'interesse generale del corso di EBN e l'efficacia del metodo di insegnamento. In particolare un "giudizio positivo" circa il corso di EBN è stato espresso dal 93% vs 61% ( $p < 0.05$ ) degli studenti, mentre il metodo di insegnamento è stato considerato "efficace" dal 97% vs 66% ( $p < 0.05$ ).

Dato interessante è che il corso è stato giudicato "utile" dalla maggior parte degli studenti (91% nel gruppo sperimentale e 78 % nel gruppo di controllo;  $p = ns$ ), ma solo la metà della popolazione di studenti crede che i contenuti potrebbero essere applicati nel contesto clinico di cui hanno esperienza, senza differenze tra i due gruppi.

L'analisi dei risultati della seconda parte del questionario rileva una migliore abilità degli studenti del Canale A nella soluzione dei problemi relativi alla valutazione della qualità degli studi pubblicati (Fig. 2).

In particolare, le risposte corrette sono state del 66,03% nel gruppo A e il 45,3% nel gruppo B ( $p < 0.05$ ). Confrontando i risultati ottenuti con i diversi gradi di difficoltà attribuiti agli studi clinici da valutare, si osserva la tendenza verso una maggiore differenza tra i gruppi a favore di quello sperimentale, nel caso degli scenari più difficili. Infatti, differenze non significative sono osservabili in 3-4 scenari etichettati come "facili", mentre il gruppo sperimentale dimostra una performance migliore in tutti i test di media e alta complessità.

## Discussione

Lo sviluppo di competenze specifiche relative all'*Evidence-Based Nursing* (EBN) garantisce un approccio alla pratica infermieristica in cui l'in-

fermiere clinico è consapevole delle evidenze tratte dalla ricerca e al tempo stesso fornisce allo studente l'acquisizione di abilità specifiche utili a risolvere i numerosi "quesiti" di *foreground* che nascono dal contatto con i problemi della pratica quotidiana. Oltre agli aspetti squisitamente metodologici l'EBN insegna la cultura del "dubbio" e cioè la capacità del professionista di riflettere costantemente sulla "qualità" delle informazioni che utilizza nel corso della pratica clinica.

L'interesse delle professioni sanitarie per una pratica basata su solidi presupposti scientifici è progressivamente cresciuta. La quinta delle 10 nuove regole per il Sistema Sanitario del 21° secolo raccomandate dall'Institute of Medicine nel rapporto 2001 tratta proprio dell'*evidence-based decision making*, affermando che una migliore assistenza è il risultato di un coscienzioso, esplicito e ponderato utilizzo dell'attuale migliore evidenza che va integrata con le esigenze ed i valori del paziente da parte di clinici esperti e ben addestrati.

Tutto ciò ha favorito l'introduzione dell'insegnamento della metodologia di ricerca nel *curriculum* del Corso di Laurea in Infermieristica e attualmente rappresenta uno degli obiettivi didattici irrinunciabili. Tuttora non uniformi risultano tuttavia i pareri sulla modalità di insegnamento più efficace dell'EBN, anche se esiste una visione diffusa a favore dell'utilità dell'apprendimento autodiretto (SDL).

La tecnica di insegnamento proposta nel nostro studio ha proprio l'obiettivo di enfatizzare questa filosofia educativa centrata sullo studente, in cui il formatore assume il ruolo di facilitatore del processo di apprendimento. La metodologia di didattica interattiva in piccoli gruppi garantisce infatti una partecipazione "attiva" dello studente al processo di apprendimento e i risultati di questo lavoro ne dimostrano l'efficacia nel favorire il raggiungimento di livelli di *performance* migliori, almeno nell'acquisizione di abilità relative alla ricerca clinica.

Durante le fasi di progettazione del disegno di studio sperimentale gli studenti hanno inoltre sviluppato la consapevolezza della necessità di ricerca clinica infermieristica di buona qualità e riconosciuto l'importanza dell'utilizzo di una metodologia rigorosa, trasversale e spendibile in diverse situazioni di "incertezza" clinica.

La valutazione degli studenti del metodo di insegnamento è stata molto positiva. La struttura a piccole dimensioni ha garantito che il contributo di ogni partecipante sia stato preso in esame a fondo e integrato. Gli studenti, nel corso della discussione in gruppo e in plenaria, hanno avuto la possibilità di riflettere sulle proprie conoscen-

ze e individuarne le lacune, nonché di collegare i saperi di più discipline come Infermieristica, Medicina, Igiene, Epidemiologia.

Un altro aspetto notevole a favore dell'insegnamento in piccoli gruppi sta nel fatto che fornisce l'opportunità di migliorare le capacità comunicative e quella di imparare a collaborare con gli altri, sviluppando abilità fondamentali come la programmazione di un'adeguata suddivisione dei compiti, la capacità di confrontare punti di vista diversi, di presiedere riunioni in modo efficace e di svolgere compiti insieme ai colleghi. Queste abilità, spese in ambito clinico, possono contribuire a ridurre la distanza tra teoria e pratica.

Tuttavia va segnalato come circa la metà degli intervistati ritiene le competenze acquisite "teoricamente utili" ma "praticamente poco applicabili" nelle realtà cliniche in cui andranno ad operare una volta laureati. Questo è verosimilmente

legato alla distanza chiaramente percepita tra il modello di pratica infermieristica auspicato dalla EBN e quello con cui gli studenti si confrontano durante le esperienze di tutorato clinico.

In conclusione, lo studio ha permesso di evidenziare come l'insegnamento in piccolo gruppo migliora l'apprendimento delle conoscenze nell'ambito della ricerca clinica; il passaggio successivo di non facile realizzazione ma sicuramente ancora più rilevante rispetto ai bisogni formativi espressi dagli studenti sarà quello di progettare attività formative all'EBN direttamente nelle realtà cliniche, per facilitare il passaggio dal campo della disciplina a quello della competenza clinica.

