



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

1247 Presentazione Luigi Frati e Giovanni Danieli

CONFERENZA PERMANENTE DEI PRESIDENTI DI CLM IN MEDICINA E CHIRURGIA

1248 **Pubblica e parla, o perisci. La necessità di insegnare la comunicazione nelle facoltà mediche** Michael John e Roberto Sitia

1251 **L'esame di semestre** Pietro Gallo, Paola Binetti, Carlo Della Rocca, Giuseppe Familiari, Marella Maroder, Rosa Valanzano e Luciano Vettore

1257 **Il Syllabus dell'Università Politecnica delle Marche e la sua particolarizzazione per la Facoltà di Medicina e Chirurgia** Tommaso Leo, Giovanna Battistini, Carla Falsetti, Sultana Ramazzotti, Giovanni Danieli

1267 **DOSSIER**

Forum di discussione sul percorso formativo dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

1291 **L'organizzazione didattica del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Roma "La Sapienza", Il Facoltà Giuseppe Familiari, Paolo Falaschi, Vincenzo Ziparo**

IRNERIO LUMEN JURIS

1294 **L'accesso ai documenti amministrativi dopo le leggi numeri 15 e 80 del 2005** Maria Paola Landini, Paolo De Angelis

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

Come un sasso nello stagno, l'articolo di Cesare Meloni pubblicato nell'ultimo numero della rivista con le considerazioni su fasti e nefasti dei diversi ordinamenti che si sono succeduti negli ultimi venti anni, ha suscitato commenti, consensi, critiche ed ha stimolato l'apertura di un Forum cui è dedicato il Dossier di questo numero. In pratica, è stato messo in discussione il processo formativo degli studenti in medicina e si è quindi aperto un dibattito che continuerà nei prossimi mesi e fornirà certamente a Presidi e Presidenti motivi di riflessione, spunti per un cambiamento.

In questo numero pubblichiamo anche un sostanzioso documento di Maria Paola Landini e Paolo De Angelis, che illustrano ed interpretano il recente decreto legge sull'accesso ai documenti amministrativi, di grande utilità per Docenti ed Amministratori della didattica; se noi mettessimo insieme i contributi che la Presidenza di Bologna ha fornito in questi anni al Bollettino, ebbene, se non abbiamo scritto uno Iorio, poco ci manca.

C'è clima di grandi iniziative, proposte, realizzazioni nel gruppo dei Presidenti dei CLM in Medicina, coordinati da Andrea Lenzi, che ha saputo assicurare continuità organizzativa e produttiva al gruppo, fornendo peraltro il contributo di una competenza e di un'esperienza che uguale è difficile reperire in Italia.

Presentano i Presidenti, in questo numero, tre significativi progetti, già in fase di realizzazione, il corso di Metodologia medico-scientifica e di Scienze umane di Giuseppe Familiari, l'educazione alle presentazioni scientifiche di Roberto Sitia ed il Modello di esame semestrale di Pietro Gallo.

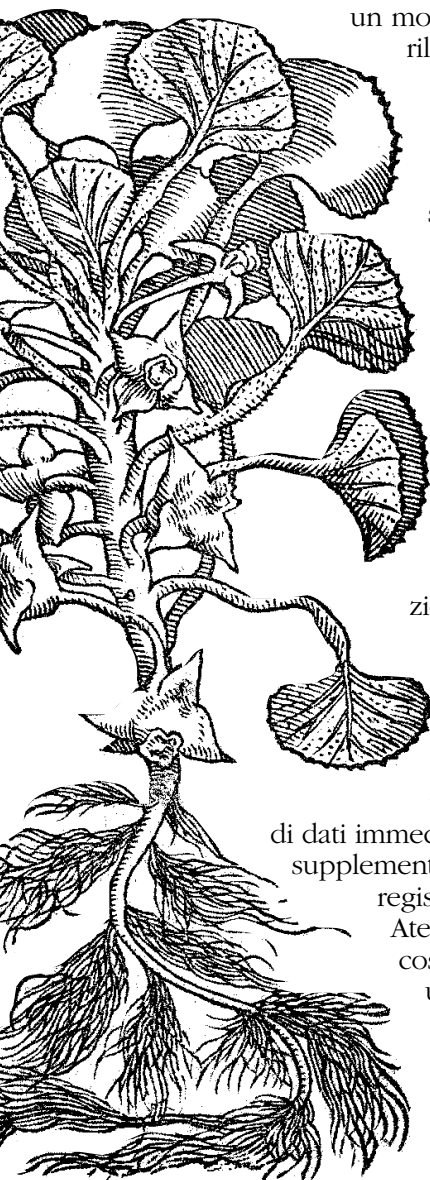
Giuseppe Familiari, contagiato dal clima di profondo rinnovamento che oggi permea la Facoltà di Medicina di Roma, una delle più impegnate in Italia nell'innovazione didattica, illustra gli intenti e le realizzazioni di un Corso di Laurea che, con singolare coerenza ed adesione ad un modello definito, porta avanti con continuità un progetto formativo di assoluto rilievo.

Non è da meno, nella visione di una iniziazione dei discenti anche alla ricerca scientifica, l'iniziativa di Michael John e di Roberto Sitia, a Milano S. Raffaele, finalizzata all'educazione dei discenti alla ricerca, iniziando dallo sperimentare la capacità di presentazione di un testo scientifico: si parla sempre poco, nei nostri Corsi di Laurea, di metodologia della ricerca, questa di Roberto può costituire uno spunto utile.

Pietro Gallo presenta invece un progetto di esame semestrale, del quale si avverte invero da più parti la necessità, per superare la frammentazione dell'insegnamento ed assicurare un'integrazione dei saperi; su questa proposta sarebbe interessante raccogliere più opinioni nel Forum di discussione oggi attivato.

Conclude la serie di presentazioni, la descrizione di una banca dati dei Corsi Integrati; nella sede di Ancona, sono state preparate circa 250 schede, una per ciascuno degli insegnamenti integrati dei dieci Corsi di Laurea attivati, schede che racchiudono tutte le informazioni utili concernenti i docenti ed il modo di raggiungerli e gli insegnamenti, con la puntualizzazione per ciascuno di essi di finalità, obiettivi, contenuti dell'attività formativa didattica e professionalizzante, curriculare ed elettiva, orari, sedi e calendari degli eventi ed altro.

E' stato un lavoro oneroso raccogliere tutte queste informazioni, ma alla fine, grazie alla efficace collaborazione delle segreterie di Presidenza e di Facoltà, si è giunti a confezionare un prodotto che, oltre a conferire piena visibilità ad ogni insegnamento ed ai suoi contenuti, costituisce una raccolta di dati immediatamente utilizzabili per presentare l'offerta formativa, preparare il diploma supplement, rifornire il sito web, il periodico della Facoltà e la Guida dello Studente, registrare ogni aspetto della quotidiana vicenda didattica. Nato come Syllabus di Ateneo, è stato adattato alle peculiarità di una Facoltà di Medicina, costituendo così un modello la cui conoscenza ed applicazione può risultare utile a più di un interessato.



Pubblica e parla, o perisci. La necessità di insegnare la comunicazione nelle facoltà mediche

Michael John¹, Roberto Sitia² (Milano)

Una delle prime massime che il giovane ricercatore apprende è *Publish or perish*. In inglese, naturalmente. Se non si pubblicano le proprie scoperte su riviste internazionali, non si fa carriera e non si ottengono finanziamenti. Questo è ben noto da tempo, ma la società televisiva impone nuovi obblighi a medici e ricercatori. Pubblicare i propri risultati non basta più: dobbiamo saperli raccontare con chiarezza e incisività, e convincere interlocutori di estrazioni diverse a darci fiducia. Con gli esperti del settore, useremo un linguaggio ben diverso da quello che ci servirà per spiegare lo stesso concetto ai non addetti ai lavori, siano essi parenti e amici o giornalisti e politici. In ogni caso, dovremo attrarre la loro attenzione, semplificare senza banalizzare, essere convincenti e mai noiosi. Tutto ciò richiede capacità ed esercizio. Purtroppo, o forse per fortuna, pochi sono i fortunati che nascono con la dote di *bucare lo schermo*. Tutti però possono migliorarsi come oratori imparando quel bagaglio di trucchetti che consente di vincere la paura ed esporsi. A nostro parere, un corso di Laurea in Medicina non può considerarsi completo se non offre ai propri studenti una preparazione specifica alla comunicazione. Dobbiamo preparare i giovani al rapporto col paziente, ed insegnar loro le basi di una comunicazione scientifica e divulgativa. In questo articolo, desideriamo condividere un'esperienza didattica interattiva che sta avendo un certo successo.

Il medico moderno non può vivere in una torre di cristallo. Deve avere contatti quotidiani non solo con i suoi pazienti e i suoi colleghi abituali, ma anche con il resto della comunità biomedica. La conoscenza scientifica cresce pezzo dopo pezzo, un poco come le costruzioni con cui giocavamo da bambini. Ogni tanto l'aggiunta di un mattone permette di superare un grosso ostacolo, offrendo panorami nuovi ed inattesi. Ma ogni mattone diventa importante, se convinciamo la comunità che esso offre un appoggio saldo. Si deve quindi condividere il proprio lavoro e saperlo comunicare. Dapprima sostenendo discussioni e critiche, poi preparando posters e presentando dati e procedure ai congressi, ed infine scrivendo

articoli originali. In ognuno di questi *steps* la capacità di comunicare in modo efficace è fondamentale, ed il successo di un nuovo concetto e di chi l'ha proposto dipende in larga misura dall'incisività della presentazione.

Al contrario delle pubblicazioni, le presentazioni stabiliscono un contatto diretto con l'*audience*. L'impressione che si crea attraverso questo contatto può plasmare la reputazione di uno scienziato, a volte in modo permanente. Sapere comunicare informazioni biomediche in modo efficace può perciò essere fondamentale per una carriera nella clinica, nella ricerca o nell'insegnamento. Ognuna di queste figure professionali deve essere un oratore lineare e chiaro, capace di motivare coloro che lo ascoltano. La comunità biomedica ha anche la responsabilità di comunicare con la gente comune, soprattutto in un'era in cui il benessere diffuso alimenta tendenze antiscientifiche, talora oscurantiste. Se davvero vogliono migliorare la qualità di vita nella nostra società, i medici si trovano in prima linea nel sostenere le ragioni della *medicina basata sulle evidenze*. Non dimentichiamo il recente caso Di Bella, dove decenni di ricerca oncologica sembravano soccombere a pressioni mediatiche e ciarlatani.

Sta di fatto che comunicare le proprie idee in modo chiaro, conciso e preciso è tutt'altro che facile. La difficoltà aumenta per medici e scienziati, educati a porsi dubbi e rifuggire dalle semplificazioni. Gli oratori nati sono piuttosto rari. Numerosissimi invece sono quelli non bravi. Frequente è l'incontro con quello dotto, monotono e rapidamente ipnotico. Vi è poi quello irritante che ci mostra innumerevoli diapositive, a volte piene di scritte così piccole che dovremmo usare un microscopio per leggerle. C'è quello che parla ben oltre il tempo che ha a disposizione, mentre il pubblico cerca di scappare dall'aula senza farsi notare. Infine, capita purtroppo di uscire da un seminario senza aver capito bene il messaggio dello *speaker*.

Ogni tanto però vediamo una presentazione memorabile. Lo *speaker* cattura l'attenzione e trasmette entusiasmo e l'*audience* sembra ascoltare la fiaba di Cenerentola per la prima volta. Alla fine, fioccano le domande e nei corridoi di deflusso si sente discutere dell'argomento trattato.

¹Docente a contratto di Inglese

²Presidente del CLM in Medicina e Chirurgia dell'Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Parlare in pubblico crea una situazione di stress, alla quale alcuni sono più sensibili. I nostri studenti si trovano molto spesso a fare parte di questa categoria. Quali armi offrire loro per affrontare una *audience* con buone capacità di successo? Ognuno di noi può migliorare le proprie capacità di parlare in pubblico e gestire lo stress a proprio vantaggio (l'oratore troppo distaccato non trascina) nella madre lingua o in inglese, con l'esempio e la pratica.

Per quanto concerne l'esempio, fondamentale è invitare clinici o ricercatori di successo (anche mediatico) a tenere un seminario ai ragazzi, e non una lezione, come farebbero ad un congresso. Oltre a sentire qualcosa d'interessante e di diverso, gli studenti potranno analizzare come questi professionisti gestiscono una presentazione (e fortunatamente qui valgono sia gli esempi positivi che quelli negativi!). Inoltre, gli studenti hanno la possibilità di vedere come queste persone rispondono alle domande. Può sembrare tutto scontato, ma non lo è per lo studente che non ha mai fatto niente di simile nella propria vita.

Per quanto riguarda la pratica, da alcuni anni i nostri studenti sono tenuti a presentare in pubblico già dal secondo semestre, nel corso di Biologia cellulare e molecolare (12 crediti). I ragazzi vengono suddivisi in gruppetti di 5 o massimo 6. Due di questi gruppetti condividono un tutore, scelto tra i ricercatori del DiBiT, con cui hanno 6 appuntamenti pomeridiani di due ore ciascuno. Uno studente del secondo anno agisce come co-tutore. A ciascun gruppetto, viene affidato un lavoro scientifico originale, scelto per la sua eleganza e rilevanza all'interno dei temi trattati nel corso. Con l'aiuto di tutore e co-tutore, i 5 devono leggere, comprendere e riassumere il *paper*, e presentarlo infine a colleghi e corpo docente, essenzialmente come in una sessione di *Journal club*. L'impegno e le capacità dimostrate in questa attività vanno a costituire parte integrante del voto finale. I diciotto lavori presentati sono parte integrante del programma d'esame.

Tutti i componenti del gruppo prendono parte alla presentazione, suddividendosi le varie fasi sceniche (una introduzione ampia ma concisa, i principali risultati, le conclusioni degli autori ed una discussione prospettica). Il tutore coordina la discussione, stimolando i ragazzi ad intervenire. I docenti presenti sono invitati a pungolare ulteriormente il dibattito. I ragazzi sono invitati a presentare il loro lavoro in inglese. La maggioranza di loro sceglie questa lingua, attratti dal fatto che ciò dà loro qualche credito per il corso di

Inglese 2. Comprendono inoltre che la comunità biomedica utilizza la lingua inglese, e che devono essere in grado non solo di comunicare concetti complicati in modo lineare, ma di farlo in una lingua che non è la loro. All'inizio, prevale un certo imbarazzo. Tutti hanno lo stesso pensiero: *nessuno qui dentro parla l'inglese così male come lo faccio io!* Ma anche questo ostacolo viene generalmente superato.

I risultati di questo esercizio sono assai positivi. Inizialmente, molti hanno difficoltà a comprendere cosa si sta chiedendo loro e ad adattarsi a questo nuovo modo di studiare. Fanno fatica a trasformarsi da attenti ascoltatori-prenditori di appunti in oratori costretti a decidere cosa dire e come farlo. Ma la metamorfosi è rapida, e presto i ragazzi si appassionano all'attività. Tutori e docenti vengono tartassati di domande e richieste di consigli. L'iniziale terrore è alla fine sostituito da una grande soddisfazione. Altri aspetti positivi sono il primo contatto con la letteratura scientifica e le dinamiche necessarie per scrivere, giudicare e leggere un *paper*. I ragazzi scoprono che occorre andare oltre il libro di testo, già vecchio quando stampato, e che sarà nelle loro possibilità contribuire a migliorarlo nel corso della loro vita professionale. Durante la preparazione, essi si immergono nel mondo della ricerca, e alcuni di loro ne rimangono affascinati.

Al di là degli aspetti didattici, ci sembra che questa attività abbia una valenza formativa notevole. L'interazione con tutori e co-tutori diventa profonda: spesso emerge un *leader*, è interessante seguire come i singoli gruppi gestiscono il compito loro assegnato. La preparazione crea uno spirito di gruppo notevole. I ragazzi cominciano ad imparare alcuni trucchetti per una comunicazione efficace. La possibilità di commentare i lavori dei propri compagni di corso permette loro di comprendere i propri errori. Capiscono ad esempio che non è sufficiente scaricare una quantità di dati in una presentazione affinché la platea risponda in modo positivo. Si cerca di spiegare loro come scegliere un titolo conciso che riesca a stimolare interesse, come decidere quante *slides* preparare per il tempo che hanno a disposizione, come organizzare immagini adeguate e senza troppe scritte, come coinvolgere l'*audience* e come rispondere alle eventuali domande.

Passata questa prova alla fine del secondo semestre, gli studenti devono presentare in pubblico anche nel corso di Inglese 2, nel secondo anno di corso.

Io sento – io dimentico. Io vedo – io ricordo.

Finalità didattiche delle presentazioni

- lavorare insieme su un progetto comune e favorire lo spirito di gruppo;
- leggere, comprendere e riassumere un lavoro scientifico
- strutturare una presentazione
- creare diapositive semplici e chiare
- inserirvi immagini appropriate
- parlare in modo chiaro e conciso
- mantenere il contatto con l'*audience*
- non superare il tempo a disposizione
- evitare, sollecitare e rispondere a domande
- preparare un *abstract*

Io faccio – io capisco. Questo proverbio cinese fa da canovaccio a questo esercizio, tutto svolto in lingua inglese, in cui il processo di apprendimento si suddivide in quattro fasi. Durante la fase 1 gruppi di sei studenti lavorano insieme per creare una presentazione su qualcosa di generale e non troppo difficile (es. la scoperta dell'insulina), prendendo spunto da un libro sulla storia della medicina. Di nuovo, ogni partecipante ha le proprie responsabilità: l'introduzione, la parte centrale o la conclusione. Devono inoltre cercare immagini su internet da inserire nelle diapositive e pianificare l'ordine e la logica del loro racconto. Infine presentano il lavoro, in circa 30 minuti, davanti al resto della classe. I compagni hanno la possibilità di fare domande e di commentare e criticare ogni aspetto della presentazione stessa.

Durante la fase 2 ci sono gruppi più piccoli, magari di tre studenti e presentazioni di non più di 20 minuti. Stessa procedura di prima, ma andia-

mo verso la presentazione individuale.

La fase 3 è la prima presentazione individuale, di non più di 10 minuti. Ormai, gli studenti hanno avuto la possibilità di fare pratica e hanno discusso a lungo con i propri colleghi su ciò che si fa e su ciò che non si dovrebbe fare durante una presentazione. Hanno anche ascoltato i consigli del docente. A questo punto introduciamo la telecamera. Dopo aver firmato un'autorizzazione liberatoria gli studenti si fanno riprendere durante le loro presentazioni. Questo esercizio è fondamentale perché dà loro la possibilità di vedersi mentre parlano davanti agli altri. Piccole idiosincrasie sono evidenti: ci sono studenti che tengono le mani in tasca; quelli che giocano con i capelli e quelli che non guardano nessuno durante la presentazione. Sono tutte cose da eliminare o in ogni caso modificare, l'uso della telecamera porta a casa il messaggio in un modo che è molto più efficace di qualsiasi cosa possano dire il docente o i loro colleghi.

La fase 4 è sempre una presentazione individuale, questa volta senza telecamera, ma vigilata con un cronometro. In più, gli chiediamo di preparare un piccolo *abstract* di circa 200 parole, che descriva il lavoro. A questo punto gli studenti che vanno oltre i 10 minuti vengono fermati. Devono imparare subito la regola d'oro dei congressi: non andare mai oltre il proprio tempo!

Ed è ora che anche noi ci sovveniamo che gli articoli troppo lunghi annoiano il lettore...

In conclusione, i notevoli risultati ottenuti con queste esperienze ci hanno convinto del loro valore didattico-formativo e faremo d'ora in poi in modo che ciascuno studente tenga almeno una presentazione ogni anno del nostro corso di laurea.

L'esame di semestre

Pietro Gallo (Roma)

Una nuova rubrica: pillole pedagogiche

Un obiettivo strategico per il miglioramento continuo della didattica nelle Facoltà mediche è quello della formazione dei docenti.

Alcune Facoltà hanno istituito propri centri di pedagogia medica nei quali si "insegna ad insegnare" ma si tratta di iniziative complesse che richiedono un supporto inter-ateneo.

È questo il motivo per cui la Conferenza Permanente dei Presidenti di CCLM in Medicina ha istituito un proprio gruppo di studio Innovazione pedagogica. Il gruppo si è proposto l'obiettivo di confezionare alcune "pillole pedagogiche", ovvero di affrontare brevemente alcune tematiche di particolare attualità.

Medicina e Chirurgia ha deciso di creare una nuova rubrica in cui ospitare queste pillole pedagogiche, come forum aperto alla discussione e come contributo di idee alle iniziative di formazione continua dei docenti dei singoli Corsi di Laurea.

L'articolo che apre questa nuova rubrica è dedicato al tema dell'esame di semestre, una forma di valutazione che meriterebbe di essere sperimentata al fine di rinforzare l'imponente lavoro di integrazione interdisciplinare che ha fatto del corso integrato una realtà concreta della Facoltà di Medicina, ben lontana dalla sommatoria di moduli disciplinari con forme di valutazione separate che caratterizza i corsi solo formalmente "integrati" di molte facoltà.

Gruppo di Studio *Innovazione Pedagogica* della Conferenza Permanente dei Presidenti di CLM in Medicina: Pietro Gallo^a Paola Binetti^b Carlo Della Rocca^c Giuseppe Familiari^d Marella Maroder^e Rosa Valanzano^f e Luciano Vettore^g

^aPresidente, CLM "C", I Facoltà della "Sapienza", Roma, Vicepresidente SIPeM; ^bPresidente, CLM Campus Biomedico, Roma, Presidente SIPeM; ^cVicepresidente, CLM "E", I Facoltà della "Sapienza", Latina; ^dPresidente, CLM II Facoltà della "Sapienza", Roma; ^ePresidente, CLM "E", I Facoltà della "Sapienza", Latina; ^fCommissione didattica, Facoltà di Medicina, Firenze; ^gPast President SIPeM

Qualche definizione preliminare

Per *esame di semestre* si intende il complesso delle prove di valutazione atte a verificare l'apprendimento degli studenti alla fine di uno dei due semestri nei quali è suddiviso l'anno accademico. Nei corsi di laurea nei quali l'anno accademico è diviso in modo diverso, ad esempio in quadrimestri, si potrebbe parlare, più in generale, di *esame di fine-periodo* o *di sessione*.

Pur potendosi articolare in diverse tipologie di prove di valutazione, l'esame di semestre è una prova unica, relativa a tutti i corsi integrati che prevedono una valutazione certificativa alla fine del semestre.

Ai Corsi di laurea non è fatto obbligo di concludere ciascuno corso integrato con un proprio esame, in quanto il DM 509/99 (art 11, comma 7, lettera c) prevede che *i regolamenti didattici di ateneo, nel rispetto degli statuti, disciplinano altresì gli aspetti di organizzazione dell'attività didattica comuni ai corsi di studio, con particolare riferimento alle procedure per lo svolgimento degli esami e delle altre verifiche di profitto, nonché della prova finale per il conseguimento del titolo di studio.*

Ci si può allora chiedere perché fare un *esame di semestre*, quali siano i pro e i contro di una iniziativa del genere, e quali siano le modalità attuative ideali o, almeno, quelle possibili.

Perché fare un esame di semestre?

Queste le principali motivazioni:

- superare il modello di università centrata sul docente e sull'insegnamento per realizzare un progetto imperniato sullo studente e basato sull'apprendimento, di cui l'esame è solo la necessaria verifica e non il fine ultimo, superando la visione dell'università come "esamificio" e del corso di laurea come "percorso a ostacoli";
- ridurre la "personalizzazione della verifica", facilitandone così l'obiettività, e valorizzare la relazione interpersonale con lo studente nella fase dell'insegnamento/apprendimento piuttosto che in quella della verifica;
- favorire lo sviluppo di prove di valutazione adeguate e pertinenti rispetto agli obiettivi didattici dei corsi;
- favorire l'interdisciplinarietà e l'approccio olistico ai problemi di salute del singolo e della collettività costruendo una forma di valutazione che, senza

trascurare la verifica delle competenze disciplinari, consenta e promuova la valutazione della capacità di affrontare problemi transdisciplinari, incentivando lo sviluppo della capacità sintetica e di generalizzazione che compenserebbe l'eventuale perdita parziale del momento analitico/specifico e dell'approfondimento su aspetti specialistici.

Pro&Contro: i vantaggi

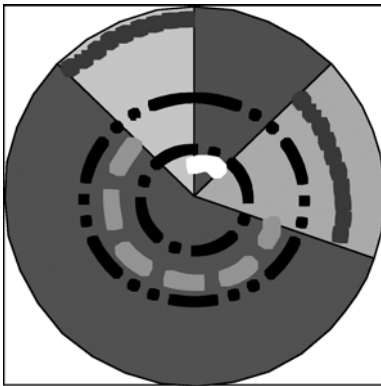
- Ridurre il *dropout* degli studenti fuori corso, incitando gli studenti a studiare durante il corso e a sostenere l'esame alla fine del "termine".
- Ribadire l'indissolubilità:
 - per lo studente: della frequenza dei corsi, dello studio individuale (quotidiano) e della verifica dell'apprendimento (immediatamente alla fine del corso), superando vecchie cattive abitudini come quella di sostenere l'esame anche a distanza di anni dalla frequenza del corso;
 - per il docente: tra programmazione del corso, suo svolgimento e pianificazione ed esecuzione di prove di valutazione coerenti e pertinenti agli obiettivi didattici del corso, superando vecchie cattive abitudini come quella di insegnare una cosa e verificare l'apprendimento di un'altra o di inserire in un'unica modalità di esame (l'orale) la verifica di competenze differenziate.
- Ridurre i tempi attualmente esuberanti (almeno 5 mesi) dedicati nei nostri CLM agli esami (in sessioni regolari e "straordinarie"), con il fine principale di allungare i tempi effettivi ed efficaci di apprendimento significativo.
- Superare l'attuale variabilità tra "esamoni" ed "esamini" realizzando esami "isocrediti", di peso equivalente;
- Obbligare i docenti a:
 - rivisitare insieme gli obiettivi didattici dei corsi del semestre;
 - dialogare insieme per fare una programmazione collegiale dell'esame alla ricerca di soluzioni condivise, valorizzando il ruolo del Presidente della commissione d'esame;
 - valorizzare i *saperi significativi* contro la *parcelizzazione del sapere*;
 - isolare tanto i *professori-killer* che quelli indebitamente generosi;
 - creare una *cultura della valutazione*, sviluppando concetti come coefficienti di difficoltà e di discriminazione, misure ponderate e fattori di correzione;
 - evitare che la valutazione di esami complessi diventi la sommatoria (più o meno *pesata*) di singoli esami specifici.
- Valorizzare strumenti come il *core curriculum* e il *progress test*: l'esame di *semestre* esalta lo stretto

collegamento tra l'insegnamento, l'apprendimento e la valutazione, che richiede un collegamento altrettanto stretto tra obiettivi del *core curriculum*, verifica del loro conseguimento non volatile (cioè permanente) attraverso i *progress test* e verifica finale pertinente (e quindi diversa dall'attuale) della competenza professionale attraverso l'esame di stato.

Pro&Contro: gli svantaggi

- Prevedibili resistenze da parte di:
 - docenti: l'esame di semestre, aumenta la possibilità di valutare la capacità di ragionare, generalizzare e sviluppare una cultura transdisciplinare ma riduce la possibilità di una valutazione analitica delle competenze monodisciplinari (tuttavia, questo argomento "contro" può essere ribaltato in un "pro", perché nel suo esercizio professionale il futuro medico non avrà difficoltà a reperire in modo autonomo conoscenze monodisciplinari aggiornate, mentre saranno soprattutto le competenze multi- e transdisciplinari acquisite ad essergli utili!);
 - studenti: l'esame di semestre è più impegnativo di una serie di esami spezzettati e richiede lo sviluppo di una capacità di studio più basata sul ragionamento e la creazione di collegamenti che sulla memorizzazione (tuttavia, anche questo argomento che può essere vissuto soggettivamente come un "contro" diventa un "pro" sul piano pedagogico della "formazione efficace").
- Difficoltà organizzative concrete nel condurre i docenti ad esprimere un consenso comune su





■	C.I. "A"
■	C.I. "B"
■	C.I. "C"
■	C.I. "D"

Si prenda l'esempio di un "termine" che comprenda 4 corsi integrati ("A", "B", "C" e "D"), con diverso peso in CFU.

La prova scritta dovrà prevedere un numero di domande proporzionato al numero di CFU dei singoli corsi.

Occorrerà inoltre predeterminare sia un risultato "soglia" (linea - punto - linea) che un livello atteso di performance (linea - punto - punto - linea), pari alla sufficienza, uguale per ciascun Corso Integrato

Sia questa la prestazione di uno studente: la prova non è superata perché lo studente, pur molto preparato sui contenuti del Corso "D" e sufficientemente preparato su quelli del corso "B", non ha superato la soglia richiesta per il corso "A" (linea continua).

modalità di valutazione condivise. Evidentemente non si tratta di trovare un accordo, di volta in volta, sul voto da dare allo studente, ma di definire, una volta per tutte, i criteri oggettivi di valutazione (si veda più avanti una proposta sulla definizione di un valore soglia e di una sufficienza intesa come livello accettabile di performance). La definizione

di criteri oggettivi di valutazione introduce un altro "contro" che è in realtà un "pro" metodologico: perché il conseguimento di un obiettivo didattico sia valutabile in modo oggettivo occorre infatti che esso sia misurabile.

- Necessità di sviluppare forme di valutazione che riducano la soggettività intra- e inter-osservatore. Evidentemente, è proprio la definizione di criteri oggettivi di valutazione ad annullare questa soggettività.

- Necessità di creatività ed elasticità nell'adattare il formato dell'esame di semestre alla specifica realtà didattica del semestre: è impensabile un formato identico dal I semestre del I anno al II semestre del VI anno! Questa obiettiva e significativa difficoltà ne mette in realtà in evidenza un'altra, ancora più "di base", ovvero che ciò che in genere manca è una programmazione del semestre in modo coerente e armonico, ovvero basata su obiettivi didattici tra loro effettivamente integrabili e non su discipline. Ciò che serve è una pianificazione complessiva di tutti i semestri, di cui l'esame unico è il compimento pedagogico e non un escamotage organizzativo!

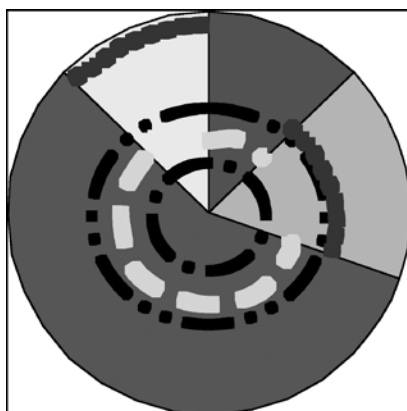
Questa serie di difficoltà organizzative, soprattutto legate al superamento di inveterate abitudini, suggerisce che in prima applicazione l'esame di semestre sia programmato nelle sue grandi linee dalla Commissione tecnica di Programmazione didattico-pedagogica.

Possibili modalità attuative

Deduttivamente, è corretto discutere sul come dopo che si è sciolto il nodo sul se, ovvero parlare di modalità attuative dopo aver valutato vantaggi e svantaggi di una iniziativa. In realtà, tuttavia, è più facile comprendere la portata di un problema e prendere una decisione di fattibilità dopo che si sono valutati gli atti da porre in essere per raggiungere un determinato fine perché, se è vero che non tutto ciò che è auspicabile è anche possibile, è anche vero che ci si applica volentieri verso uno scopo se lo si valuta raggiungibile. Quella dell'obiettivo perseguibile è una strategia che attraversa trasversalmente innumerevoli ambiti della pedagogia.

La prima considerazione è che mentre il vecchio esame orale è un formato standard applicato (a ragione o a torto, beninteso) dall'esame di chimica a quello di emergenze medico-chirurgiche, l'esame di semestre va adattato a:

- la complessità dell'Ateneo;
- il modello organizzativo del CLM;
- il numero, il peso in CFU e la tipologia dei corsi Integrati presenti nel singolo semestre;
- la specificità degli obiettivi didattici perseguiti



■ C.I. "A"
□ C.I. "B"
■ C.I. "C"
□ C.I. "D"

Sia questa la prestazione di un altro studente: la prova non è superata perché lo studente, pur molto preparato sui contenuti del Corso "D", non raggiunge in media il livello atteso di performance (linea tratteggiata).

nel singolo semestre.

Questa constatazione segnala una difficoltà ma offre anche una prospettiva positiva: forse alcuni Corsi di laurea in condizioni "logistiche" e didattiche più favorevoli potrebbero fungere da laboratori sperimentali, capaci di testare la fattibilità di progetti anche ambiziosi, per facilitarne in un secondo tempo l'applicazione in ambienti inizialmente meno propensi o meno attrezzati.

Una seconda considerazione è la necessità di predeterminare a monte:

- l'entità di una soglia di disciplina o di corso (non si può superare l'esame di semestre ignorando del tutto i contenuti di una disciplina o di un corso). Questa soglia dovrebbe corrispondere agli *obiettivi irrinunciabili* del corso e può essere determinata – a livello di esame scritto – o dal raggiungimento di un certo *punteggio minimo*, o dalla risposta positiva a *domande-soglia* esplicitamente individuate come tali;

- l'entità del livello atteso di *performance* necessario per "passare" l'esame (il valore di "cut off");

- le modalità di determinazione del voto di profitto (definito attraverso i punteggi riportati nelle prove *scritta* e *pratica*, e successivamente *consolidato* con le opportune variazioni in più o in meno grazie alla prova *orale* multi- o transdisciplinare).

Si badi bene che non si tratta di sovrastrutture, ma di scelte che vengono fatte, magari inconsapevolmente, da tutte le commissioni di esame: la necessità di formalizzarle deriva solo dal bisogno di trovare un accordo condiviso e riproducibile attorno a queste scelte, di modo che l'esito dell'esame non dipenda dai commissari di volta in volta presenti.

Ribadita la necessità di adattare il formato alla

specifica realtà in cui si colloca, vi è un *formato base* che sembra inevitabile. In altri termini l'esame di semestre dovrebbe constare, *in proporzioni variabili*, delle seguenti componenti:

- una prova scritta adeguata a valutare l'acquisizione delle competenze conoscitive insegnate da tutte le discipline e da tutti i corsi integrati del "periodo";

- una prova pratica adeguata a valutare l'acquisizione delle competenze operative e relazionali insegnate in tutti i corsi integrati del "periodo";

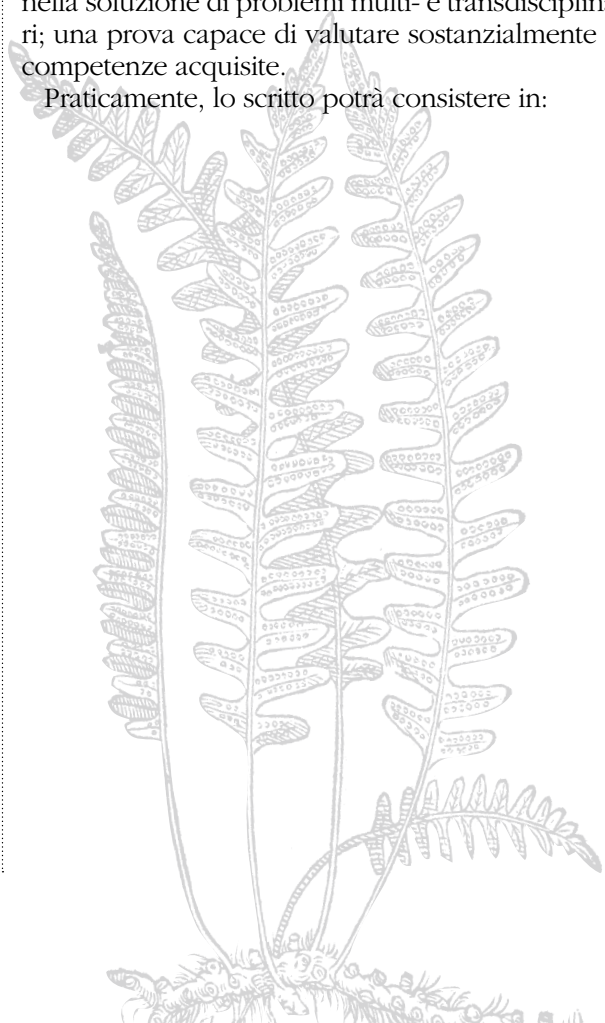
- una prova orale adeguata a valutare la capacità di risolvere problemi inter- e transdisciplinari pertinenti agli obiettivi didattici del "periodo".

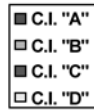
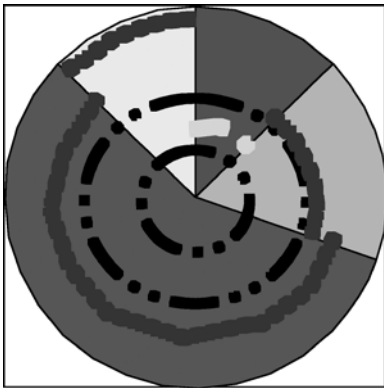
Le prove scritte e pratiche dovrebbero verificare il superamento della soglia disciplinare e del livello atteso di *performance*, mentre la prova orale dovrebbe determinare principalmente il voto di profitto.

Componente scritta dell'esame di semestre

Questa prova scritta assume un'importanza determinante nell'esame di semestre e quindi la sua costruzione e il suo formato rappresentano l'elemento cruciale dell'operazione. Si dovrebbe trattare di una prova *cognitiva* e *non-nozionistica*, cioè una prova in cui si saggia la capacità dei candidati di applicare le conoscenze essenziali, se possibile nella soluzione di problemi multi- e transdisciplinari; una prova capace di valutare sostanzialmente le competenze acquisite.

Praticamente, lo scritto potrà consistere in:





Sia questa, infine, la prestazione di un terzo studente: la prova è superata perché lo studente supera la soglia in tutti i Corsi e, pur rimanendo sotto il livello atteso di performance per il Corso "A" (linea tratteggiata), va oltre tale livello (linea a punti) nella media complessiva della prova.

- prove obiettive (domande a scelta multipla o a risposta aperta breve), particolarmente indicate per le *prove certificative*;
- prove soggettive (elaborati degli studenti: tesine, analisi di articoli scientifici, *demo powerpoint*, narrazioni, casi clinici...), particolarmente indicate per le *prove formative*, a seconda delle caratteristiche del CLM, ovvero di quanto sia necessario sottolineare la obiettività della prova.

Gli scritti peseranno sul risultato complessivo della prova di esame in funzione del contesto (scelte didattico-pedagogiche del CLM, peculiarità

del semestre). In ogni caso, la scelta della tipologia e del dosaggio della prova dovrà essere fatta collegialmente e all'inizio del semestre (insieme alla individuazione – altrettanto collegiale – degli obiettivi didattici ed alla pianificazione delle diverse attività didattiche pertinenti agli obiettivi) ed essere comunicata agli studenti, in rispetto del “patto formativo” con lo studente.

Componente pratica dell'esame di semestre

La valutazione delle competenze relazionali ed operative potrà essere fatta tramite:

- una prova pratica strutturata, a stazioni (OSCE);
- la valutazione del tirocinio fatta dal tutore docente.

Nel caso di un OSCE, la scelta delle stazioni dovrà essere bilanciata tra gli obiettivi dei vari corsi, sia in termini qualitativi che quantitativi (maggiore numero di stazioni per corsi con più elevato contenuto professionalizzante). Ove si preveda un unico OSCE per sessione, sarà necessario prevedere un *rescue test*, da fare al letto del malato, per gli studenti che per documentati motivi fossero stati impossibilitati a partecipare all'OSCE. Evidentemente, la pratica del *rescue test* deve essere basata sul rispetto del patto formativo, e non configurarsi come un'alternativa “più facile” per non prestarsi all'abuso di qualche studente *furbetto*...

La valutazione del tutore potrà sostituire l'OSCE solo nel caso in cui il tirocinio sia “accreditato” e svolto tutto dal medesimo tutore. Anche in questo caso, la scelta della tipologia e del dosaggio della prova dovrà essere fatta collegialmente e all'inizio del semestre ed essere comunicata agli studenti, in rispetto del “patto formativo”. L'OSCE offre, rispetto alla valutazione del tutore, un altro vantaggio, che è quello di permettere di verificare, a distanza di tempo, il *mantenimento* delle competenze operative irrinunciabili per qualsiasi laureando in Medicina.

Componente orale dell'esame di semestre

La verifica dell'effettivo e corretto uso delle facoltà intellettive da parte dello studente nella soluzione dei problemi (anche di quelli risolti in sede di prove scritte e pratiche) è affidata ad una prova orale finale, che dovrà essere:

- obiettiva, con l'uso di griglie di valutazione: ad esempio casi clinici corredati da griglia di valutazione, con la predeterminazione del livello accettabile di *performance*;
- interdisciplinare, affidata ad una commissione non troppo ampia (non più di 3-4 persone per evitare l'effetto tribunale) e con un Presidente di

commissione il più generalista possibile;

- rispettosa del patto formativo, con criteri di valutazione predefiniti a monte.

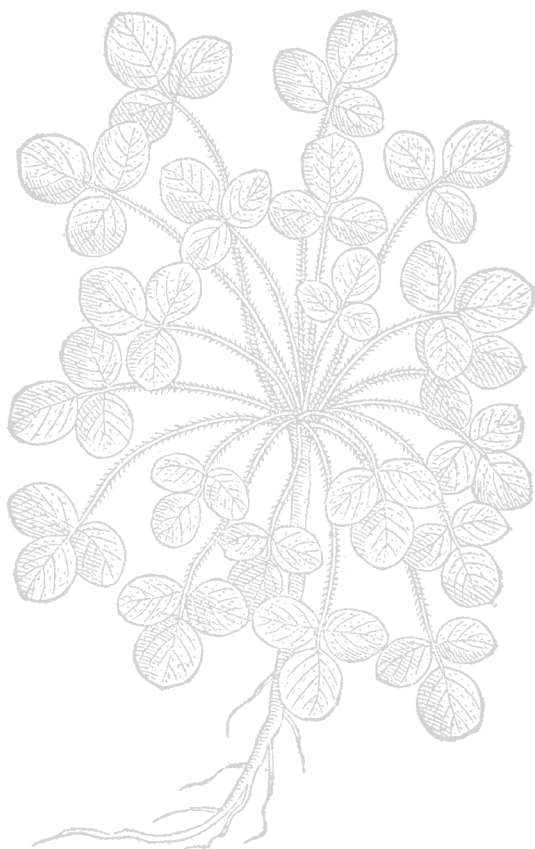
All'orale accede chi ha superato lo scritto e la prova pratica, per cui non si dà luogo a soglia disciplinare in sede di esame orale, e la valutazione è pertanto complessiva. Va ribadito il ruolo fondamentale del Presidente della Commissione, saggio e generalista...

Tra le necessarie decisioni preliminari c'è anche quella del numero di appelli per sessione e soprattutto quella delle modalità di ripetizione dell'esame non superato: in un secondo appello nella stessa sessione o direttamente nella sessione di recupero di settembre?

Considerazioni conclusive

L'esame di semestre è auspicabile e fattibile, sia pur con uno specifico impegno pedagogico (per vincere le resistenze di docenti e studenti) e organizzativo, è foriero di ricadute positive sul piano della capacità di programmare collegialmente prove di valutazione obiettive, pertinenti ed interdisciplinari e, di conseguenza, corsi realmente integrati, ed agevola la progressione dello studente nel *curriculum* degli studi.

Tuttavia si tratta di un'esperienza largamente nuova per il nostro Paese per cui se ne propone una sperimentazione in alcuni CLM disponibili, al fine di una verifica di fattibilità e di bontà delle ricadute.



Il Syllabus dell'Università Politecnica delle Marche e la sua particolarizzazione per la Facoltà di Medicina e Chirurgia

Tommaso Leo¹, Giovanna Battistini², Carla Falsetti², Sultana Ramazzotti², Giovanni Danieli³ (Ancona)

Introduzione

L'Università Politecnica delle Marche ha deciso di affiancare al già esistente Centro di Servizi Multimediali e Informatici un gruppo di lavoro, denominato *Task force e-learning*, coordinato da un Delegato del Rettore e composto da un delegato del Preside per ciascuna delle cinque Facoltà che compongono l'Ateneo. Compito principale del gruppo è la progettazione didattica e mediale dei materiali di apprendimento da produrre, ma la sua attività riguarda tutte le fasi e le attività connesse al Progetto *e-learning*, che richiedano competenze specifiche. La *Task force* è una entità snella composta da un coordinatore e da alcuni operativi, tutti dotati di una specifica preparazione conseguita nell'ambito del Dottorato di ricerca in *e-learning* che l'Università Politecnica delle Marche ha istituito a partire dal terzo Ciclo della Nuova Serie dei dottorati.

Si sono così definite le tappe di sviluppo del Progetto *e-learning* di Ateneo:

- inserire nel Portale di Ateneo un sito conviviale per fornire una descrizione esauriente, chiara e trasparente dell'offerta didattica, insieme a informazioni "vive" e rilevanti per la vita quotidiana di docenti e studenti ed uno spazio aperto di discussione e incontro in rete. Infatti un'indagine sistematica condotta nel corso della definizione del Progetto *e-learning* di Ateneo ha messo in evidenza che sia fra il personale che fra gli studenti, indipendentemente dalla Facoltà di appartenenza, si aveva una percentuale di accesso alla rete maggiore del 90% (assenza di *digital divide*) con una percentuale di competenza nell'uso efficace della rete stessa minore del 20% (sostanziale carenza di *e-inclusion*);
- sviluppare gradualmente i materiali didattici per lo svolgimento in modalità *blended* di un intero corso di studi per facoltà;
- sviluppare su richiesta i materiali didattici per attività di Formazione Continua in modalità *e-learning*.

L'arco di tempo di sviluppo del progetto è pluriennale.

La prima tappa ha riguardato in particolare la definizione e la realizzazione del *Syllabus* di tutti gli insegnamenti istituzionali offerti dall'Ateneo,

Facoltà per Facoltà e corso di studio per corso di studio, aggiornato anno per anno e bilingue.

La dimensione quantitativa dell'impegno assolto dalla *Task force e-learning* si può agevolmente dedurre tenendo presente che le Facoltà ed i Corsi di Studi attivi presso la Università Politecnica delle Marche sono i seguenti:

Facoltà di Agraria: 4 corsi di laurea triennale e 2 corsi di laurea specialistica;

Facoltà di Economia: 6 corsi di laurea triennale e 4 corsi di laurea specialistica;

Facoltà di Ingegneria: 15 corsi di laurea triennale e 10 corsi di laurea specialistica;

Facoltà di Medicina: 7 corsi di laurea delle professioni sanitarie e 4 corsi di laurea specialistica;

Facoltà di Scienze: 2 corsi di laurea triennale e 3 corsi di laurea specialistica.

Quasi simultaneamente alla presentazione del modello di *Syllabus* proposto per il progetto *e-learning* di Ateneo, è stato emanato Il Decreto Ministeriale del 30 aprile 2004 *Anagrafe Nazionale degli Studenti e dei Laureati* che prescrive alle Università Italiane il rilascio del Diploma Supplement (DS) contestualmente al certificato di Laurea.

Il modello di *Syllabus* è stato pertanto elaborato in modo da contenere tutte le informazioni necessarie per la compilazione del modello di descrizione delle attività formative richiesto dal DS e divenire quindi un elemento riusabile per la redazione dei DS.

Inoltre i *Syllabus* dell'Università Politecnica delle Marche sono gestiti tramite una *Web Application* dalla quale sarà possibile estrarre tutte le informazioni necessarie alla Segreteria Studenti per predisporre il DS, con una procedura automatizzata e nel rispetto del requisito primario per la qualità dei dati, che consiste nell'evitare duplicazioni del loro inserimento in un sistema informativo.

Il *Syllabus* che è stato realizzato è nella sua prima edizione, ancora mono-lingua, in italiano.

Per la realizzazione bilingue occorrerà fare riferimento a *thesaura*, che stabiliscano in modo uniforme per tutte le università italiane la traduzione inglese dei nomi dei Settori Scientifico disciplinari e degli insegnamenti che in tali settori sono compresi, attualmente non disponibili. In questo quadro, la realizzazione del *Syllabus* per

¹Ordinario di Controlli automatici, Facoltà di Ingegneria

²Task force e-learning

³Università Politecnica delle Marche

la Facoltà di Medicina ha richiesto soluzioni personalizzate che hanno tenuto conto delle specifiche caratteristiche degli insegnamenti che in tale Facoltà vengono erogati e delle peculiarità delle attività didattiche che in essa vengono svolte.

I contenuti del presente lavoro richiamano il documento elaborato dalla *Task force e-learning* – in particolare dalle PhD Carla Falsetti e Sultana Ramazzotti - e distribuito a tutti i docenti dell'Ateneo per assisterli nella preparazione del Syllabus dei rispettivi insegnamenti. La *Task force e-learning* ha poi svolto un lavoro puntuale e metodico di assistenza ai docenti nella preparazione del Syllabus e di verifica dei documenti scritti da ciascun docente, con interazioni ripetute in relazione al completamento ed alla chiarificazione degli aspetti che lo richiedevano.

Il Syllabus

L'*American Heritage Dictionary* definisce il Syllabus come il profilo di un corso di studi. Conveniamo che un Syllabus abbia tale caratteristica e contenga un elenco dei principali argomenti che il singolo corso o insegnamento propone e molti altri tipi di informazioni. Tuttavia suggeriamo che lo scopo primario di un Syllabus sia quello di comunicare a ciascun studente ciò di cui tratta l'insegnamento, perché è importante per la formazione dello studente, sapere dove si dirige e che cosa gli sarà richiesto, affinché egli possa completare il corso con successo superando l'esame finale.

Il significato corrente di Syllabus sottintende anche un accordo fra il docente e gli studenti, accordo che si propone di illustrare le aspettative del docente, che spiega che cosa verrà richiesto di fare agli studenti per il corso, e stabilisce le politiche su ciascun argomento in cui è suddiviso il corso di studi. Siccome gli studenti spesso usano un calendario per pianificare il proprio lavoro, il Syllabus permette anche di aggiornare le date delle verifiche e degli esami, oltre ad offrire le coordinate dei docenti.

Nel nostro caso per Syllabus si intende un documento che riporta l'insieme delle voci fondamentali che caratterizzano lo svolgimento di un insegnamento interno ad un corso di laurea. Esso è inteso come uno strumento di presentazione non formale dell'offerta didattica della Università Politecnica delle Marche da collocare nella sezione del Portale Universitario di tipo conviviale, rivolta cioè a far vivere l'Università ai suoi membri, e a presentarla al resto del mondo in modo semplice, trasparente ad attraente.

Per la definizione e la strutturazione del Syllabus

è stata effettuata una ricerca sullo stato dell'arte dei Syllabus esistenti all'interno delle università nazionali ed internazionali. Si ricordano, come casi più significativi, l'Università degli Studi di Trento, il Massachusetts Institute of Technology, Berkeley ed il Center for Teaching and Learning Services dell'Università del Minnesota.

Per quanto esposto si è definito un Syllabus la cui struttura è suddivisa in tre sezioni: le informazioni di base dell'insegnamento, come titolo, settore scientifico disciplinare, tipologia dell'insegnamento, crediti formativi, carico di lavoro, anno e periodo, date di inizio e fine, orari e aule, le informazioni di base sul docente e sui collaboratori, come luogo e orario di ricevimento, riferimenti telefonici, e-mail e sito web, e le informazioni specifiche dell'insegnamento come descrizione, obiettivi, prerequisiti, propedeuticità, programma, metodo didattico, materiale delle lezioni, modalità di valutazione, verifiche, bibliografia e sitografia per l'esame e di riferimento.

In allegato al Syllabus viene inoltre fornito un glossario per chiarire il significato di alcuni concetti chiave, come:

Finalità: scopi che l'insegnamento si propone, visti dalla parte del docente. Alcune frasi che indicano le finalità possono iniziare con *introdurre gli studenti a...*, *far conoscere agli studenti...*, *sviluppare negli studenti...*, *presentare agli studenti il problema...*, *permettere agli studenti di problematizzare...*, *offrire agli studenti...*, *far lavorare gli studenti su...*, *permettere agli studenti di padroneggiare...*, *rendere gli studenti consapevoli di...* (Boccardi, 2005 Tiriticco, 1998).

Obiettivi: sono le conoscenze, le abilità e le competenze che lo studente deve conseguire alla fine del corso; possono essere suddivisi nelle seguenti cinque aree (Leo, 2004): *sapere*, *saper fare*, *saper essere*, *saper volere* e *saper apprendere*; per ogni insegnamento vanno indicati gli obiettivi generali (non più di 6/7) e nelle Unità Didattiche alcuni di essi vengono "esplosi", cioè declinati, dettagliati e articolati, in una serie di obiettivi specifici (meglio se espressi come risultati attesi).

Prerequisiti: sono le conoscenze, le abilità e le competenze che lo studente deve possedere per poter accedere al percorso di studio previsto dall'insegnamento e si esplicano con affermazioni come: all'inizio dello studio lo studente deve *conoscere...*, *aver compreso...*, *saper usare...*, *saper applicare...*, *saper fare...*

Metodo didattico: riguarda la relazione docenti/studenti e le strategie che il docente intende

seguire nel percorso di svolgimento dell'insegnamento, come *lezioni frontali, lezioni interattive, momenti operativi in aula, in laboratorio (attività sperimentali), sul campo, ricerche individuali o di gruppo, lavoro di gruppo, simulazioni, esercizi di laboratorio.*

Strumenti di Verifica e Valutazione: riguardano tutto ciò che si intende adottare per verificare processi, misurare prove e prestazioni, attribuire giudizi di valutazione, valutare l'insieme dei processi e dei risultati conseguiti. È importante definire i tempi (giornaliera, alla fine di ogni unità, alla fine del modulo), i modi (strumenti) della verifica (interrogazioni orali, scritte, questionari, ...) e come le verifiche confluiranno nella Valutazione.

Le integrazioni relative alla Facoltà di Medicina

La struttura originale del Syllabus è stata successivamente integrata con alcune voci peculiari della Facoltà di Medicina, in particolare l'esistenza dei Corsi integrati, del Coordinatore del Corso Integrato, la tipologia delle attività didattiche elettive che comprendono diverse tipologie di eventi culturali, le attività formative professionalizzanti con il tirocinio pratico per gli studenti. I Corsi integrati sono nati con l'esigenza di ovviare alla frammentazione del sapere, che era stata diretta conseguenza della grande espansione delle conoscenze che ha interessato, negli ultimi cinquant'anni, le scienze mediche. Se ancora trent'anni fa un solo docente era in grado di possedere, e quindi trasmettere, se non tutto, buona parte dei contenuti di un insegnamento, oggi un'impresa del genere risulterebbe velleitaria e inefficace. Da discipline-madri sono nati quindi tanti insegnamenti a carattere specialistico che, com'è nella natura delle vicende umane, hanno cercato ed ottenuto i propri spazi di autonomia e di identità. Il Corso Integrato è stato quindi un tentativo, in verità solo parzialmente riuscito, di ricompattare saperi omogenei in un unico insegnamento che ha finalità, obiettivi, programmi e metodologie di valutazione propri, realizzato da Docenti appartenenti quasi sempre a settori scientifico disciplinari diversi, ai quali ogni anno la Facoltà affida uno specifico compito didattico.

Medicina è poi interessata da una intensa attività didattica elettiva, a scelta dello Studente; esiste in questo campo una grande e diversificata offerta didattica della Facoltà che consiste nella produzione di Corsi monografici, Forum, altri eventi, internati, nella quale offerta gli Studenti scelgono liberamente gli eventi culturali che

sono loro più congeniali e che comportano l'acquisizione, accanto alle conoscenze, abilità, competenze irrinunciabili (*core curriculum*), anche quei saperi in grado di caratterizzare il loro proprio percorso formativo.

Ancora, Medicina si caratterizza per la presenza, accanto all'attività formativa didattica, anche di quella professionalizzante, ossia del tirocinio pratico che gli Studenti scelgono negli ultimi quattro anni di corso, ruotando tra le diverse strutture della rete formativa. Anche questo, come tutte le altre attività citate, comporta docenti e programmi propri, sedi, date, ed orari diversi per ciascun evento, un insieme complesso di informazioni la cui esatta conoscenza è indispensabile per lo Studente per seguire proficuamente il proprio percorso.

Queste peculiarità di Medicina hanno quindi richiesto una integrazione del Syllabus preparato per l'Ateneo; ne è nata una nuova scheda che è stata utilizzata per raccogliere tutte le informazioni relative ai 250 Corsi Integrati che costituiscono gli undici Corsi di Laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia (Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi Dentaria, Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Scienze delle Professioni Sanitarie Tecnico-Diagnostiche; Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie in Educatore Professionale, Fisioterapista, Infermieristica, Ostetricia, Tecnico di Laboratorio Biomedico, Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Tecnico di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia).

Un esempio di tali schede è di seguito riportato.

Bibliografia

- Altman, H.B., (1989), Syllabus shares "What the Teacher Wants", in *The Teaching Professor*, 3, pp. 1-2.
- Boccardi V. (a cura di), (ultimo accesso 8 maggio 2005), *Schemi per la programmazione*, SSIS Campania - SVT A060. http://www.anisn.it/campania/aggiornamento_sisci/programmazione.pdf
- Forcheri P., (2004), *Considerazioni operative sulla costruzione di test di verifica dell'apprendimento*, comunicazioni personali.
- Forcheri P., "Framework pedagogico", in Leo T. (Ed.), (2004), *Analisi di dominio*, TIGER (Telepresence Instant Groupware for Higher Education in Robotics), tipo di documento: limitato ai partecipanti al progetto, rapporto n. 2-1.
- Kuhl J., (2000), "A functional-design approach to motivation and self-regulation: The dynamics of personality systems and interactions", in Boekaerts M. et al (Eds.), *Handbook of self-regulation*, Academic Press, San Diego, pp. 111-169.
- Leo T., Fabri D., Falsetti C., Ramazzotti S., (2004), *L'educazione di un progettista del Controllo di Robot: ricadute ed indicazioni emergenti da un approccio di e-Learning di terza generazione*, EXPO e-learning 2004, Ferrara.

Pellerey M., (2001), "Sul concetto di competenza ed in particolare di competenza sul lavoro", in Montedoro C. (a cura di), *Dalla pratica alla teoria per la formazione: un percorso di ricerca epistemologica*, Franco Angeli, Milano.
 Pellerey M., (ultimo accesso 2 marzo 2004), *La formazione dei formatori e la qualità dell'educazione. Processi formativi per competenze e dimensione spirituale della formazione.*

http://www.seieditrice.com/sei/Docenti/Orientamenti/286/Pellerey.htm#_edn1

Reihman G., (2004), Lehigh University. Faculty Resource Guide 2004-05 Handbook for New Faculty: Academic Activities,

<http://www.lehigh.edu/~infldi>

Tiriticco M., (1998), *Il concorso a cattedre*, Edizioni tecno-did, Napoli.

Contenuti del SYLLABUS per Corsi Integrati

Facoltà di Medicina e Chirurgia
 Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

1. Informazioni di base sul Corso Integrato

1.1	Titolo del Corso Integrato	Testo Max 100	32 Patologia Sistemática I
1.2	Tipologia ed ambito dell'insegnamento	Testo Max 100	Caratterizzante-Fisiopatologia, Metodologia Clinica, Propedeutica clinica e Sistemática medico chirurgica (MED 09 e MED 15)
1.3	Codice	Testo Max 20	LS016
1.4	Anno Accademico	Testo Max 20	2005/2006
1.5	Anno dell'insegnamento	Intero	3° anno
1.6	Periodo	Intero	1° e 2° semestre
1.7	Data Inizio/Fine	Data	Dal 14/11/2005 al 3/2/2006 e dal 6/3/06 al 16/6/06
1.8	Settore Scientifico Disciplinare	Testo Max 20	MED/09 (cr.4,5) - MED/15 (cr. 4,5)
1.9	Crediti Formativi Universitari (1)	Intero	
1.9.1	Globali del corso integrato		9
1.9.2	Attività Formativa Didattica		4
1.9.3	Attività Formativa Profess.		5
1.10	Carico lavoro: ore	Intero	
1.10.1	Globali del corso integrato		225
1.10.2	Attività Formativa Didattica		100
1.10.3	Attività Formativa Profess		125
1.11	Ore Attività Formativa	Intero	
1.11.1	n° ore lezioni <i>ex cathedra</i>		46
1.11.2	n° ore esercitazioni e/o laboratorio		/
1.11.3	n° ore studio individuale		117
1.11.4	n° ore seminari		2
1.11.5	n° ore Att. Form. Profess		60
1.12	Orario lez. <i>ex cathedra</i>	Intero	Giovedì dalle 13.00 alle 16.00
1.13	Aula lez. <i>ex cathedra</i>	Testo Max 100	Polo A Aula E
1.14	Eventuali cambiamenti di orari e/o di aula	Testo Max 100	/
1.15	Calendario degli esami (2)	Testo Max 250	9 e 23 febbraio, 20 aprile, 22 giugno e 20 luglio, 7 e 29 settembre, 14 dicembre 2006

2. Informazioni sul Coordinatore

2.1	Nome del Docente	Testo Max 100	Prof. Pietro Leoni
2.2	Codice Docente (codice fiscale)	Testo Max 20	LNEPTR47P03I459L
2.3	Studio (sede di ricevimento)	Testo Max 250	Clinica di Ematologia - Ospedali Riuniti Ancona
2.4	Telefono	Intero	071.5964235
2.5	Fax	Intero	
2.6	E-Mail	Testo Max 100	pleoni@univpm.it
2.7	URL sito web personale	Testo Max 100	
2.8	Orario ricevimento	Testo Max 25	Venerdì dalle 13.00 alle 14.00

3.1	Nome del Docente	Testo Max 100	Prof. Pietro Leoni
3.2	Settore scientifico disciplinare	Testo Max 20	MED/15
3.3	Compito didattico	Testo Max 250	Malattie del sangue
3.4	Crediti formativi universitari	Intero	
3.4.1	Globali del Compito		4,5
3.4.2	Attività formativa didattica		2,0
3.4.3	Attività formativa profess.		2,5
3.5	Ore Attività formativa	Intero	
3.5.1	n° ore lezioni		23
3.5.2	n° ore esercitazioni e/o lab.		/
3.5.3	n° ore seminario		1
3.5.4	n° ore Att. Form. Profess.		30
3.5.5	Calendario didattico (3)		giovedì alterne
3.6	Studio (sede di ricevimento)	Testo Max 250	Clinica di Ematologia - Ospedali Riuniti Ancona
3.7	Telefono	Intero	071.5964235
3.8	Fax	Intero	071.2183448
3.9	E-Mail	Testo Max 100	pleoni@univpm.it
3.10	URL sito web personale	Testo Max 100	
3.11	Orario ricevimento	Testo Max 250	Venerdì dalle 13.00 alle 14.00

3. Informazioni di base sui Docenti

3.1	Nome e cognome del Docente	Testo Max 100	Prof. ssa Maria Montroni
3.2	Settore scientifico disciplinare	Testo Max 20	MED/09
3.3	Compito didattico	Testo Max 250	Malattie del sistema immunitario
3.4	Crediti formativi universitari	Intero	
3.4.1	Globali del Compito		4,5
3.4.2	Attività formativa didattica		2,0
3.4.3	Attività formativa profess.		2,5
3.5	Ore Attività formativa	Intero	
3.5.1	n° ore lezioni		23
3.5.2	n° ore esercitazioni e/o lab.		/
3.5.3	n° ore seminario		1
3.5.4	n° ore Att. Form. Profess.		30
3.5.5	Calendario didattico (3)		giovedì alterne
3.6	Studio (sede di ricevimento)	Testo Max 250	Servizio Regionale di Immunologia Clinica - Ospedali Riuniti Ancona
3.7	Telefono	Intero	071.5964092
3.8	Fax	Intero	071.887355
3.9	E-Mail	Testo Max 100	m.montroni@univpm.it
3.10	URL sito web personale	Testo Max 100	
3.11	Orario ricevimento	Testo Max 25	Venerdì dalle 12.00 alle 13.00

4. Informazioni di base su eventuali Collaboratori (tutori, coadiutori didattici, segretari didattici...) (ricopiare e compilare tante sezioni quanti sono i Collaboratori impegnati nella didattica)

4.1	Nome del Docente	Testo Max 100	Prof. Attilio Olivieri
4.2	Studio (sede di ricevimento)	Testo Max 250	Clinica di Ematologia, Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona
4.3	Telefono	Intero	071 596736
4.4	Fax	Intero	
4.5	E-Mail	Testo Max 100	
4.6	Orario ricevimento	Testo Max 250	

5. Syllabus delle Attività Formative Didattica e Professionalizzante

5.1	DESCRIZIONE DELL'INSEGNAMENTO (FINALITÀ) (4)	Testo Max 1000	Inquadrare nosograficamente le malattie del sangue e del sistema immunitario; illustrare le principali caratteristiche biologiche, fisiopatologiche, cliniche e diagnostiche delle diverse entità morbose ematologiche ed immunologiche; fornire nozioni basilari di terapia
5.2	OBIETTIVI (5)	Testo Max 1000	Lo studente deve conoscere i quadri clinici e diagnostici peculiari delle singole malattie del sangue e del sistema immunitario ed i principi fondamentali della loro terapia
5.3	PREREQUISITI (6)	Testo Max 1000	Adeguate conoscenze di Citologia, Biochimica, Microbiologia, Medicina di Laboratorio
5.4	PROPEDEUTICITÀ	Testo Max 1000	Fisiopatologia e Patologia Generale
5.5	PROGRAMMA (CORE CURRICULUM) (7)	Testo Max 2500	
5.5.1	DIDATTICA TEORICA		<p><i>Malattie del sangue:</i> Fisiopatologia dell'emopoiesi. Emocateresi fisiologica e patologica. Fisiopatologia e clinica delle anemie. Anemie aplastiche. Anemie diseritropoietiche. Anemie da ridotta sintesi emoglobinica e ricambio marziale. Anemie emolitiche congenite ed acquisite. Mielofibrosi idiopatica. Leucemia mieloide cronica. Eritrocitosi e Policitemia Vera. Piastrinosi e Trombocitemia essenziale. Mielodisplasie e leucemie acute. Leucemia linfatica cronica. Gammopatie monoclonali: malattia di Waldenstrom, Mieloma e MGUS. Linfadenomegalie, linfoma di Hodgkin e linfomi non Hodgkin. Fisiopatologia dell'emostasi. Coagulopatie congenite ed acquisite. Piastrinopenie e piastrinopatie. Sindromi trombofiliche. Terapia trasfusionale e sue indicazioni. Il trapianto di cellule staminali emopoietiche.</p> <p><i>Malattie del sistema immunitario:</i> Inquadramento delle immunopatie. Elementi anamnestici peculiari comuni a pazienti con immunopatie diverse. Immunodeficienze primitive ed acquisite, inquadramento nosografico e caratteristiche cliniche delle principali entità. Alterazioni immunologiche nella malattia da HIV. L'autoimmunità organo e non organo specifica, principi generali, entità morbose, aspetti distintivi diagnostici e clinici. Lupus eritematoso sistemico. Sclerosi sistemica. Sindrome di Sjögren. Dermatopolimiositi. Fenomeno di Raynaud e acrosindromi vascolari. Vascoliti primitive e secondarie, caratteristiche generali ed</p>

			inquadramento diagnostico delle principali entità. Malattie allergiche, concetti generali, eziologia e caratteristiche cliniche. Intolleranze alimentari e farmacologiche. Indicazioni ed interpretazione delle analisi per la diagnosi delle diverse immunopatie. Principi generali di immunoterapia e immunoprofilassi. Immunità ed infezioni. Immunità e tumori. Immunità e trapianti, concetti generali
5.5.2	DIDATTICA PRATICA		Lo studente deve essere in grado di esercitare in modo autonomo e automatico le seguenti abilità: eseguire una corretta anamnesi e l'esame obiettivo del paziente emopatico ed immunopatico. Porre i quesiti rilevanti ai fini diagnostici nel paziente con sintomi e segni ematologici (anemia, leucopenia, piastrinopenia, eritrocitosi, leucocitosi, piastrinosi, adenomegalie, splenomegalia) o con sospetta patologia immunitaria. Rilevare gli elementi clinici indicativi di una emopatia o di alterata reattività immunitaria e le manifestazioni comuni ad immunopatie diverse. Proporre orientamenti diagnostici corretti di fronte a casi clinici di sospetta emopatia ed immunopatia. Formulare gli iter diagnostici idonei per ciascuna emopatia ed immunopatia. Conoscere il significato dei differenti esami ematologici ed immunologici, nonché i loro valori normali e le loro alterazioni in corso di malattia. Allestire uno striscio di sangue periferico. Utilizzare correttamente il microscopio ottico regolandone i vari componenti. Identificare al microscopio le caratteristiche morfologiche di eritrociti, piastrine e leucociti. Interpretare un emogramma completo, uno striscio periferico normale e patologico, un tracciato elettroforetico ed immuno-elettroforetico, uno studio fenotipico linfocitario, lo studio del sistema complementare ed i risultati della ricerca di autoanticorpi organo e non organo specifici. Interpretare i principali dati di laboratorio relativi all'emostasi ed al controllo di un paziente in trattamento anticoagulante. Conoscere le basi fondamentali del trattamento delle emopatie e delle immunopatie. Prestare i primi soccorsi di urgenza a paziente simulato con i segni di reazione immunitaria acuta (edema della glottide, reazione anafilattica, di ipersensibilità).
5.5.3	SEMINARIO		Le sindromi linfoproliferative: Prof. ri Pietro Leoni e Maria Montroni - 22 Marzo 2006 - ore 15.00 - Aula C
5.5.4	ATTIVITÀ FORMATIVA PROFESSIONALIZZANTE		Applicazione pratica delle conoscenze e delle abilità acquisite con la didattica teorica e pratica
5.6	METODO DIDATTICO (8)	Testo Max 500	Lezioni, esercitazioni, seminario. Per l'attività formativa professionalizzante: lavoro a piccoli gruppi con discussione di casi clinici al letto del malato e/o di casi clinici simulati, esercitazione su materiale clinico e diagnostico.
5.7	MATERIALE DIDATTICO (9)	Testo Max 2000	Diapositive, lucidi, power point, filmati
5.8	ATTIVITÀ FORM. PROFESSIONALIZZANTE		Clinica di Ematologia - Ospedale Riuniti Ancona

5.8.1	Sede	Testo Max 100	Prof. Pietro Leoni
5.8.2	Nome del Docente	Testo Max 100	Gruppo A – 20-24 marzo 27-31 marzo
5.8.3	Calendario	Testo Max 250	Gruppo B 6-10 marzo 13-17 marzo Gruppo C 2-5 maggio 8-12 maggio Gruppo D 3-7 aprile 24-28 aprile Gruppo E 29 maggio-1 giugno 5-9 giugno Gruppo F 15-19 maggio 22-26 maggio
5.8 bis	ATTIVITÀ FORM. PROFESSIONALIZZANTE		Servizio Regionale di Immunologia Clinica e di
5.8.1	Sede	Testo Max 100	Tipizzazione Tissutale Ospedali Riuniti Ancona Prof.ssa Maria Montroni
5.8.2	Nome del Docente	Testo Max 100	Gruppo A 14-18 Novembre 2005
5.8.3	Calendario	Testo Max 250	Gruppo B 21- 25 novembre 2005 Gruppo C 28 novembre 2 dicembre 2005 Gruppo D 5-9 dicembre Gruppo E 9-13 gennaio 2006 Gruppo F 16-20 gennaio 2006 Gruppo G 23-27 gennaio 2006 Gruppo H 30 gennaio -3 febbraio 2006
5.9	ATTIVITA' DIDATTICA ELETTIVA		Corso monografico
5.9.1	Tipologia (Corsi Monografici, Forum, altro)	Testo Max 100	Il trapianto di cellule staminali e la terapia cellulare
5.9.2	Titolo	Testo Max 100	Patologia Sistemica I
5.9.3	Insegnamento di riferimento	Testo Max 100	Prof. Attilio Olivieri
5.9.4	Nome del Docente	Testo Max 100	1-basi farmacologiche e di cinetica cellulare pro-
5.9.5	Contenuti	Testo Max 1000	pedeutiche alla applicazione della terapia ad alte dosi; principi e tecniche della mobilizzazione, raccolta, manipolazione, purificazione, criopreservazione e valutazione funzionale delle cellule staminali emopoietiche; 2-basi biologiche e principi del trapianto di cellule staminali emopoietiche autologhe e allogeniche: la reazione "graft versus leucemia" e la malattia del trapianto verso l'ospite; 3-caratterizzazione e utilizzo clinico degli effettori citotossici, nell'ambito dell'immunoterapia pre e post trapianto; 4-indicazioni cliniche principali dell'autotrapianto e dell'allogotrapianto di cellule staminali emopoietiche, prospettive di sviluppo in ematologia ed in medicina del trapianto autologo e allogenico. 1
5.9.6	Crediti	Intero	6
5.9.7	n° ore	Intero	3-10-17 Maggio ore 8,30 Aula C
5.9.8	Calendario	Testo Max 250	
5.9 BIS	ATTIVITÀ DIDATTICA ELETTIVA		Internato
5.9.1	Tipologia		Servizio Regionale di Immunologia Clinica e di
5.9.2	Sede (10)		Tipizzazione Tissutale Ospedali Riuniti Ancona MED/09
5.9.3	SSD		Obiettivi: 1-Assistere alle attività ambulatoriali prendendo coscienza delle diverse problematiche inerenti le persone malate, il diritto alla privacy ed il rapporto Medico/Paziente; 2-Apprendere i criteri-guida per l'acquisizione dell'anamnesi, con particolare attenzione alle malattie del sistema immunitario; 3-Apprendere le modalità della compilazione di una cartella clinica ambulatoriale, sia relativa alle prime visite che al fol-
5.9.4	Contenuti		

			low up; 4-Assistere alle attività dei laboratori di Immunologia Clinica, comprendendone l'organizzazione ed iniziando ad impadronirsi di principi, significati, indicazioni ed utilità delle singole indagini e dei gruppi di indagini; 5 -Cominciare a capire l'essenza dei rapporti tra colleghi di lavoro all'interno di una équipe e tra équipes diverse. Modalità: 2 studenti frequentano gli ambulatori (A) ed i laboratori (L) da lunedì a venerdì compresi, dalle ore 8,30 alle ore 14,30, per 2 settimane, secondo uno schema preordinato 9 60
5.9.5	Crediti		Disponibile presso il Servizio Regionale di Immunologia Clinica
5.9.6	n° ore		
5.9.7	Calendario		30
5.9.8	N° posti disponibili		
5.9 TER	ATTIVITÀ DIDATTICA ELETTIVA		Internato Clinica di Ematologia Ospedali Riuniti di Ancona MED/15
5.9.1	Tipologia		
5.9.2	Sede (10)		Obiettivi: 1-Assistere alle attività ambulatoriali prendendo coscienza delle diverse problematiche inerenti le persone malate, il diritto alla privacy ed il rapporto Medico/Paziente; 2-Apprendere i criteri-guida per l'acquisizione dell'anamnesi, con particolare attenzione alle malattie del sistema immunitario; 3-Apprendere le modalità della compilazione di una cartella clinica ambulatoriale, sia relativa alle prime visite che al follow up; 4-Assistere alle attività dei laboratori di Immunologia Clinica, comprendendone l'organizzazione ed iniziando ad impadronirsi di principi, significati, indicazioni ed utilità delle singole indagini e dei gruppi di indagini; 5 -Cominciare a capire l'essenza dei rapporti tra colleghi di lavoro all'interno di una équipe e tra équipes diverse. Modalità: 2 studenti frequentano gli ambulatori (A) ed i laboratori (L) da lunedì a venerdì compresi, dalle ore 8,30 alle ore 14,30, per 2 settimane, secondo uno schema preordinato 9 60
5.9.3	SSD		
5.9.4	Contenuti		
5.9.5	Crediti		4 settimane nel periodo 7-20 gennaio per gli studenti fuori corsi e dal 15 giugno al 30 settembre per quelli in corso
5.9.6	n° ore		
5.9.7	Calendario		30
5.9.8	N° posti disponibili		
5.10	MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEL CORSO INTEGRATO (12)		Nessuna
5.10.1	Verifiche <i>in itinere</i>	Testo Max 1000	Quiz a risposta multipla: 60 Quiz di cui 30 di Ematologia e 30 di Immunologia Clinica e Allergologia. Ogni risposta esatta vale +1 punto, ogni risposta sbagliata -0.25, ogni risposta mancante 0. La sufficienza è costituita dal punteggio di 48/60.
5.10.2	Prove di esame (Orale, scritto, a DSM)	Testo Max 1000	Prova pratica: interpretazione di due studi immunofenotipici linfocitari.

			<p>Prova orale: domande su argomenti del programma di lezione</p> <p>Fotocopie del materiale illustrativo proiettato durante le lezioni</p> <p>S. Tura, <i>Lezioni di Ematologia</i>, VI edizione, Esculapio, 2003 -</p> <p>D.P. Stites, A.J. Terr, T.G. Parslow, <i>Immunologia Medica</i>, Masson, 1999</p>
5.11	BIBLIOGRAFIA (LIBRI DI TESTO) E SITOGRAFIA	Testo Max 1000	<p>Castoldi-Liso, <i>Malattie del Sangue e degli Organi Emopoietici</i>, IV edizione Masson, 2004 -</p> <p>S. Romagnani, L. Lemmi e F. Almerigogna, <i>Malattie del Sistema Immunitario</i>, Mc Graw Hill, 2000 -</p> <p>Harrison, <i>Principi di Medicina Interna</i> 16° ed., Mc Graw Hill, 2005</p>
5.12	BIBLIOGRAFIA (LIBRI DI CONSULTAZIONE) E SITOGRAFIA DI RIFERIMENTO	Testo Max 1000	

Lingua di insegnamento: Italiano

NOTE

- (1) La distribuzione delle ore corrispondenti a ciascun credito è stata fatta seguendo i seguenti criteri:
- Attività formativa didattica dei Corsi di Laurea Magistrale (almeno il 50% delle ore è riservato allo studio individuale)
 - 1 credito= 25 ore=9 ore didattica teorica + 3 ore didattica pratica + 13 ore studio individuale.
 - Ad eccezione di: discipline cliniche di Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria e P.D. per i quali il rapporto è: 12 ore didattica + 13 ore di studio individuale (le esercitazioni, qui meglio definite Laboratorio in quanto lavoro a piccoli gruppi, sono svolte utilizzando i crediti dell'AFP).
 - Attività formativa didattica dei CL delle Professioni Sanitarie (non più del 30% riservato allo studio individuale)
 - 1 credito =25 ore = 13 ore di didattica teorica, + 5 ore di didattica pratica, + 7 ore di studio individuale
 - Ad eccezione del CL in Infermieristica e del CL in Ostetricia, nei quali
 - 1 credito = 30 ore = 14 ore didattica teorica + 7 ore di didattica pratica + 9 ore di studio individuale
- (2) Indicare due appelli per febbraio, giugno-luglio, settembre ed un appello per dicembre
- (3) Periodo ed orario di insegnamento del Docente
- (4) Finalità (vedi testo)
- (5) Obiettivi (vedi testo)
- (6) Pre-requisiti (vedi testo)
- (7) Contenuti della didattica: 1- teorica, costituita da lezioni *ex cathedra*, 2- pratica costituita da laboratori ed esercitazioni, 3- seminario (titolo), 4- Attività Formativa Professionalizzante (contenuti). Il programma deve essere rigorosamente unico, così come la valutazione finale. Per medicina, sul sito della Facoltà è consultabile il *core curriculum* proposto dalla Conferenza permanente dei Presidenti dei Corsi di laurea.
- (8) Lezioni *ex cathedra* o frontali, esercitazioni a piccoli gruppi, seminari (cancellare ciò che non interessa)
- (9) Diapositive, lucidi, mezzi audiovisivi, power point, filmati (cancellare ciò che non interessa).
- (10) Struttura nella quale si realizza la formazione
- (11) Indicare se viene realizzato durante tutto l'anno o in periodi selezionati
- (12) Criteri utilizzati per la valutazione

Conferenza Permanente dei Presidenti di CLM in Medicina e Chirurgia

Presidente Andrea Lenzi

DOSSIER

Forum di discussione sul percorso formativo dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Introduzione Andrea Lenzi, Presidente della Conferenza Permanente dei CLM in Medicina e Chirurgia



Come tutti voi potrete immaginare, ho letto con ancora più interesse del solito, ed anche con una punta di orgoglio, il numero 31/2006 della nostra rivista,

dato che si trattava del primo numero dal mio insediamento alla Presidenza della Conferenza e conteneva il Manifesto di Intenti per il triennio 2005-2008 approvato a Roma nella prima riunione da me coordinata.

Inoltre, la presenza del “Ventanni dopo” di Giovanni Danielli ed Amos Casti, della messa a punto sull’Applicazione del Nuovo Ordinamento Didattico (NOD di Luigi Frati e dei suoi Moschettieri romani (fra cui chi scrive), del dossier sulla Guida alla preparazione dei Corsi di laurea delle professioni sanitarie e sull’Apprendimento dell’EBM, ha reso questo numero una cornice adeguata al passaggio di consegne avvenuto a Portonovo, appunto vent’anni dopo l’istituzione della Conferenza.

A nessuno, peraltro, sono potute passare inosservate le considerazioni di Cesare Meloni sul “Processo formativo” dei Laureati in Medicina e Chirurgia. Al di là della rilevanza del personaggio che ha posto tali considerazioni, queste pongo-

no problemi e inducono a riflessioni che meritano un approfondimento e l’apertura di un Forum di discussione. Tale Forum vede la luce in questo numero con il contributo di alcuni autorevoli Colleghi e potrà svilupparsi con contributi successivi tanto che ambirei proporre che venisse considerato un *Forum permanente* di riflessione e discussione su quello che è il nostro lavoro quotidiano quali Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, cioè quello di Coordinatori di tale “Processo formativo”.

La riflessione critica di Cesare Meloni ha radici antiche che hanno portato i “grandi riformatori” ad aderire alla richiesta di innovazione dei nostri corsi attraverso le revisioni del 1986-87, del 1996, del 2000 (DM 509/99) fino a quella attualmente in divenire (DM 270/04 e sue applicazioni). Questo ha portato la Facoltà di Medicina all’avanguardia rispetto al resto del Sistema Universitario Nazionale per capacità innovativa, flessibilità del sistema, autonomia delle sedi, pur in un iter formativo omogeneo sul territorio nazionale.

Peraltro, residuano molti interrogativi e problemi la cui soluzione è ancora *in itinere* e, se è vero che taluni di questi problemi sono insiti nel nostro Processo formativo, è anche vero che molti derivano anche dal nostro Sistema Universitario e Sanitario:

- come decidere se preparare un laureato solo per il SSN o per ogni altra necessità compreso il futuro scienziato di area medica (dal mio osservatorio CUN ho già visto comparire le prime proposte di Corso di laurea accoppiato a PhD);
- come riuscire ad integrare realmente i corsi e a trovare un giusto equilibrio fra *core curriculum* e accelerazione del sapere medico nei singoli settori (talora gli studenti alle lezioni ed ai seminari dimostrano che la cultura via internet pone i più curiosi di loro, già prima e durante i corsi, ad un livello di conoscenza decisamente più avanzata

di quella che intendiamo dare loro con le nostre lezioni);

- come riuscire, visto quanto sopra, a creare un percorso a velocità differenziate e flessibili che mantenga uno standard formativo di base tale da dare la preparazione necessaria e riduca ulteriormente gli abbandoni, ma che al tempo stesso premi ed incentivi gli Studenti migliori reclutando le eccellenze della medicina di domani (non vi è nazione che non metta in atto meccanismi che consentano una selezione positiva delle capacità migliori, altrimenti *la fuga dei cervelli* rischia di avere il suo inizio già dal corso di laurea);

- come addestrare un corpo docente ai cambiamenti continui dettati dalle necessità didattiche e come fare trovare una giusta gratificazione a questo sforzo quando le necessità dalla gestione aziendale sanitaria delle risorse assistenziali è prepotentemente entrata nella nostra vita quotidiana;

- come addestrare i nostri giovani ricercatori alla passione per la didattica quando il reclutamento e la progressione della carriera universitaria sono sempre più legate a parametri scientifici e trascurano le qualità formative (in questo la Conferenza Presidi e i Collegi dei vari SSD dovrebbero essere una sponda utile a valorizzare a pieno i *curriculum vitae* e le qualità didattico-formative dei candidati);

- come trovare un giusto equilibrio fra l'autonomia che lascia libertà di sperimentazione didattica e la necessità di formare un laureato per una professione che non ammette distinguo di capacità e che non presuppone specializzazioni *a priori* (l'esperienza dei CLM de "La Sapienza" con la differenziazione interna alla stessa Facoltà in vari Corsi ognuno con alcune peculiarità di sperimentazione didattica e la presenza comune della *dorsale didattica* delle Metodologie medico-scientifiche dove trovano spazio le forme più innovative, dai giochi di ruolo all'*e-learning*, è un tentativo di creare un laboratorio da cui fare scaturire risposte condivise a questa problematica);

- come superare la diffidenza di alcuni illustri Docenti nel rinunciare al proprio spazio vitale di capacità formativa autonoma senza perdere la immensa opportunità per i nostri Discenti di sentire la lezione magistrale del grande maestro o del grande scienziato di cui, fortunatamente, ancora le nostre Facoltà sono ricche (tutti quanti noi che qui scriviamo abbiamo avuto una didattica fatta solo o quasi di lezioni formali, ma tutti

quanti noi ricordiamo con estremo piacere l'incontro con uno o più "fari" che hanno aperto il nostro orizzonte e consentito alla nostra mente di *integrare* senza nessuno sforzo aggiuntivo le conoscenze che avevamo accumulato con lo studio individuale).

Quelli qui sopra riportati sono solo alcuni dei nodi che i Presidenti dovranno sciogliere e che si vanno ad aggiungere ai mille piccoli problemi organizzativi e di *routine* giornaliera.

Molti di questi problemi e di quelli posti dalla riflessione di Cesare Meloni sono, peraltro, già stati evidenziati dal rapporto conclusivo del grande progetto delle *Site visit fra pari* svolto nello scorso anno (cfr. Medicina e Chirurgia 28/05 pp. 1063; 29/05 1125) e sono sul tavolo della Conferenza come Progetti di lavoro utili al superamento delle criticità riscontrate ed inseriti nel Manifesto di intenti del triennio 2005-2008 (cfr. Medicina e Chirurgia 31/05 pp. 1236) a partire dall'applicazione del *core curriculum* alla valutazione dell'integrazione disciplinare, dalla didattica professionalizzante alle forme didattiche innovative e sperimentali, dalla valutazione *in itinere* mediante *progress test* alle modalità di valutazione dell'apprendimento, alle modalità di valutazione dell'esame di laurea.

Per concludere questa introduzione, facendo leva anche sul pragmatismo e positivismo che è una delle motivazioni per cui sono stato scelto fra tanti validissimi Colleghi a presiedere la Conferenza, ritengo che molte delle criticità rilevate anche da Cesare Meloni debbano e possano essere affrontate e superate utilizzando proprio la Conferenza come punto di incontro e confronto, dotandola di maggiore forza e dotando i suoi componenti della possibilità di proporre, e dove necessario, imporre nelle singole sedi le decisioni e le modifiche necessarie. Personalmente non ritengo proponibile ora, dopo una revisione epocale come quella del NOD, una vera e nuova revisione globale del Processo formativo, anche perché, con l'applicazione del DM 270/04 alcuni aggiustamenti che venissero ritenuti opportuni sono possibili se non addirittura necessari, ma sono grato al Collega Meloni di averci dato l'opportunità di aprire questo Forum di discussione, di elaborazione di idee a cui spero egli stesso vorrà di nuovo partecipare.

Interventi

Gabriella Aggazzotti, Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia,
Università degli Studi di Parma



L'articolo di Cesare Meloni, che tratta del processo formativo dei laureati in Medicina e Chirurgia, analizza la situazione nazionale e mette in evidenza alcuni aspetti critici, relativi alla formazione accademica italiana, che sono stati avallati anche dalla Conferenza nazionale dei Rettori (CRUI) ed inseriti nella terza relazione annuale sullo stato degli Atenei Italiani.

Tra questi aspetti quello che a mio parere riveste maggiore importanza per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia riguarda la difficoltà, reale ed oggettiva, di conferire un'adeguata preparazione pratica clinica agli studenti che si formano negli Atenei italiani: i nostri laureati, come giustamente rileva l'Autore e come viene riconosciuto concordemente in campo internazionale, sono molto ben preparati sotto il profilo culturale, ma carenti per quanto riguarda l'esperienza e la pratica clinica.

Il problema è andato riducendosi in questi ultimi anni, in particolare per gli Atenei di piccole dimensioni, come quello di Modena e Reggio

Emilia di cui faccio parte. Questi ultimi sono sicuramente favoriti: nel nostro corso di laurea il numero di studenti relativamente ridotto permette a tutti di svolgere una certa attività di tirocinio in ambito ospedaliero. Inoltre i 60 crediti attribuiti all'attività di tirocinio, attività per la quale ovviamente la frequenza è obbligatoria, sono compresi nel totale dei crediti assegnati ai diversi insegnamenti clinici, e rivestono quindi un peso importante nella valutazione finale dell'insegnamento stesso.

Tuttavia l'attività clinica condotta esclusivamente in ambiente ospedaliero non è completamente rappresentativa dell'attività professionale che il laureato in Medicina e Chirurgia andrà a svolgere. Il processo di aziendalizzazione delle strutture assistenziali ha portato, e sta portando, ad una continua riduzione del numero di ricoveri: la tipologia dei pazienti ricoverati, attualmente, è in buona parte diversa dalle caratteristiche della popolazione di pazienti che afferiscono, ad esempio, agli ambulatori dei medici di medicina generale. E l'attività del medico di medicina generale, il "medico di famiglia", rappresenta uno sbocco professionale importante per i nostri laureati.

E' proprio partendo da questa constatazione che nel corso di laurea di Medicina e Chirurgia dell'Università di Modena e Reggio Emilia da tre anni è stato avviato un programma di formazione in medicina generale che coinvolge nel processo formativo un certo numero di medici, selezionati da una apposita commissione, che operano nel territorio modenese e che svolgono il compito di tutori. Questo programma, che consiste in attività pratica clinica affiancata da un percorso formativo teorico, è stato promosso con l'obiettivo di agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza del mondo del lavoro; si è così tenuto conto di quanto previsto nel Decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica del 28/11/2000 *Determinazioni delle classi delle lauree universitarie specialistiche*, (Supplemento ordinario alla G.U. n.18 del 23/1/2001), dove si dichiara che gli studenti della classe 46/S (classe della

Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia) dovranno acquisire "un'adeguata conoscenza della medicina della famiglia e del territorio... anche mediante esperienze pratiche sul campo".

A questo programma formativo, articolato essenzialmente in quattro settimane, sono stati assegnati 5 dei 60 crediti formativi riservati al tirocinio: l'attività pratica consiste nella frequenza da parte dello studente del VI anno di corso dell'ambulatorio del medico, che verrà accompagnato dallo studente anche nelle visite a domicilio.

Nel progetto, ad un primo momento di conoscenza da parte dello studente del mondo della medicina generale e degli ambienti in cui si svolge l'attività (ambulatorio e domicilio del paziente), segue l'approccio al metodo clinico ed all'approfondimento della relazione medico-paziente, e successivamente lo sviluppo del processo diagnostico e decisionale, che tiene conto delle peculiarità della medicina generale rispetto all'ambito ospedaliero. L'ultimo periodo è dedicato poi alla conoscenza dell'organizzazione dell'attività del medico di medicina generale, ai rapporti con gli altri operatori del Servizio

Sanitario Nazionale, in particolare con coloro che sono impegnati nell'assistenza domiciliare integrata; particolare attenzione in questa fase è dedicata alla organizzazione della cartella clinica orientata per problemi.

E' stato recentemente distribuito un questionario per raccogliere il giudizio degli studenti: è emerso un notevole grado di soddisfazione per il percorso svolto, unito al desiderio, generalizzato, di consolidare l'esperienza sia dell'approccio clinico al paziente non ospedalizzato, sia di acquisire ulteriori capacità di rapportarsi in prima persona con il proprio paziente.

Questa esperienza, che continua a tutt'oggi, viene quindi posta all'attenzione dei colleghi responsabili dei diversi corsi di laurea in Medicina e Chirurgia degli Atenei italiani: a parere di chi scrive la conoscenza diretta della medicina generale durante il corso degli studi può essere ritenuta un elemento importante su cui riflettere, in particolare al fine di correggere la non ottimale esperienza clinica che al momento caratterizza i nostri laureati rispetto ai colleghi di altri paesi.

Pietro Apostoli, Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia,
Università degli Studi di Brescia



1 - Nel dibattito sul processo formativo dei laureati in medicina e chirurgia si dovrebbe, a mio avviso partire dall'analisi degli obiettivi che i diversi ordinamenti didattici succeduti, dalla Tabella XVIII del 1986 alla Laurea Specialistica 46/S del 2000, si erano posti e dal grado della loro realizzazione. Tra i più importanti obiettivi vi erano quelli del miglioramento dell'insegnamento mediante una didattica per obiettivi, dell'integrazione delle nozioni teoriche con quelle pratiche e comportamentali, dell'abolizione della distinzione tra materie fondamentali e facoltative e quello, in certa misura conseguente, di arrivare ad un adeguamento a quanto avveniva in Europa, adeguamento poi sancito dal comitato CEE nel 1991.

Cesare Meloni, nell'articolo che è tra le cause prossime del confronto che si è tra noi aperto, afferma: "obbiettivo in parte raggiunto, non senza però alcune sofferenze che rendono oggi il percorso seguito non del tutto efficace e come tale meritevole di opportuno adeguamento". Non del tutto sta a significare che comunque alcuni (buona parte?) degli obiettivi sono stati raggiunti, mentre credo che Meloni si riferisca alla sola efficacia per necessità di

sintesi. Non credo in altre parole che significhi l'esclusione dall'analisi di altri parametri come quello dell'efficienza o quello dell'analisi delle modalità di applicazione nelle diverse sedi, aspetto quest'ultimo rilevante in un Paese-Unione di Paesi in cui vi è circolazione di laureati-professionisti.

Analisi di questo tipo dovrebbero essere fatte adottando indicatori di processo e di risultato predeterminati, chiari, possibilmente condivisi e su tempi adeguati. Non mi sembra di secondaria importanza il fatto che gli ordinamenti di un corso di laurea di sei anni si siano succeduti con cadenza troppo ravvicinate e che i provvedimenti adottati a volte siano stati determinati da necessità esterne alle esigenze dell'insegnamento medico chirurgico. Per poter in futuro condurre analisi appropriate dovremmo verificare efficacia ed efficienza (od altri parametri che riterremo in grado di meglio rappresentare la nostra realtà), con indicatori calibrati ben individuati, valutarne il grado di applicazione nelle diverse sedi ed avere tempi adeguati per poterlo fare.

2- L'ordinamento è lo strumento per raggiungere gli obiettivi formativi del corso di laurea. Gli obiettivi sono funzionali al tipo di prodotto (termine forse crudo per un risultato in cui vi sono ancora, per nostra fortuna, rilevanti componenti umane), cioè quale medico si vuole formare.

I precedenti ordinamenti avevano l'obiettivo di formare un medico "generico" o meglio "generalista". È ancora così? Dalla lettura del primo obiettivo formativo del nuovo ordinamento sembrerebbe di sì. Infatti vi si riporta che "i laureati del corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia dovranno essere dotati delle basi scientifiche e della preparazione teorico pratica necessarie ai sensi della direttiva 75/363/CEE all'esercizio della professione medica e della metodologia e cultura necessarie per la pratica della formazione permanente, nonché di un livello di autonomia professionale, decisionale ed operativa derivante da un percorso formativo caratterizzato da un approccio olistico ai problemi di salute delle persone sane o malate anche in relazione all'ambiente chimico-fisico, biologico e sociale che le circonda".

Dobbiamo a questo punto chiederci se gli strumenti, disponibili o che siamo in grado di attivare, consentono di raggiungere un simile obiettivo almeno nelle stesse condizioni esi-

stenti negli anni che sono alle nostre spalle.

Nell'editoriale dell'ultimo numero di "Medicina e Chirurgia" Luigi Frati e i Presidenti dei CLM di Roma hanno ben evidenziato alcuni aspetti dello scenario odierno frutto di un "inaudito processo di accelerazione". L'obsolescenza del sapere medico, la crisi del supporto cartaceo, l'impossibilità di "stipare" l'intero scibile, la tendenza alla specializzazione, rendono, anche a mio parere, problematico applicare i tradizionali strumenti del ribadito approccio olistico ed impongono d'altra parte la ricerca di più adeguate metodologie e di più coerenti (con l'obiettivo) contenuti dei nostri ordinamenti e regolamenti didattici.

Si dovrà ad esempio sempre più selezionare all'interno dello scibile, sempre più ampio e come detto in continua evoluzione, il (minimo) necessario, cioè individuare un core curriculum nella sua vera accezione. Gli studenti non dovranno solo apprendere nozioni, ma anche metodologie per apprendere e per valutare criticamente le informazioni. Il riferimento più immediato è alle diverse forme di *e-learning* o di internet, strumento quest'ultimo che, vale forse la pena di ricordare, è in gran parte disponibile per i cittadini sani e malati con cui i nostri studenti e laureati si troveranno ad interagire. Dovremo farlo nel corso di laurea, estenderlo ai corsi delle specializzazioni ed idealmente all'aggiornamento qualificazione professionali per i quali va auspicata una sostanziale riconduzione all'ambito universitario.

3- È stato sottolineato che di per sé il passaggio del computo dei crediti dalle 3.5 ore di lezione per i docenti a 25 ore di apprendimento per gli studenti, spostava il fuoco degli ordinamenti dalle esigenze dei docenti a quelle dei discenti. E poneva la didattica non solo come centrale nelle attività dei *docenti* universitari, ma anche come terreno di impegno per la sua qualificazione. La prima condizione non si è realizzata sempre ed ovunque e la didattica continua a essere vista come un qualcosa di aggiuntivo, un peso del quale in qualche modo liberarsi. Sono state inoltre registrate non poche difficoltà nell'acquisire le competenze richieste dai nuovi curricula.

Appaiono quindi ancora compiti primari di chi si occupa di organizzazione del processo formativo di medicina e chirurgia far sì che l'attività didattica sia la principale occupazione dei docenti universitari; rivedere le tradizionali metodologie di insegnamento (corsi mono-

cattedra) attuando le forme più consone per ordinamenti fondati su integrazione e coordinamento tra discipline; integrare le diverse forme didattiche (ex cathedra; attività tutoriali; internati; attività professionalizzanti).

Le necessità saranno diverse a seconda dei settori scientifico disciplinari (ad esempio tra scienze di base e quelle cliniche), ma dovremo sempre avere curiosità e coraggio verso le innovazioni, anzitutto verso tutto ciò che favorisce l'integrazione tra gli insegnamenti e migliora quindi la capacità degli studenti di metter in collegamento logico e pratico nozioni spesso faticosamente acquisite.

In questo contesto l'organizzazione della didattica pratica, a partire dalle attività professionalizzanti, ha un suo spazio particolare: "saper fare il medico" non è un qualcosa da acquisire solo negli anni successivi alla laurea, ma deve far parte della sua formazione e quindi a noi spetta "l'insegnare a fare il medico". Questo impone la definizione di contenuti e modelli operativi, che tra l'altro coinvolgono altre strutture come quelle del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, non sempre agevolmente realizzabili. Se l'assistenza è, al pari della ricerca, necessaria alla didattica, vanno creati e consolidati i rapporti con le strutture nelle quali didattica pratica, internati, tirocini sono svolti, per arrivare a quelli con il personale ospedaliero coinvolto in tali attività. Penso sia strategico per noi garantire il nostro, come corso di laurea e facoltà, contributo alla discussione e formazione dei piani di sviluppo delle Aziende Ospedaliere convenzionate, nei quali piani temi come ricerca e didattica universitarie non possono non essere presenti o essere trascurati.

Altri interverranno in questo dibattito per discutere più a fondo le attività professionalizzanti. Voglio qui richiamare i punti sui quali ci stiamo impegnando a Brescia proprio in questi mesi :

- individuare, accreditare e nominare i tutor.
- definire programmi di tirocinio che comprendano abilità pratiche; attività di natura metodologica per l'applicazione delle conoscenze teoriche nelle attività diagnostiche terapeutiche preventive e riabilitative;
- applicare i principi dell'*evidence based medicine* e della *clinical governance*
- curare gli aspetti comportamentali ed etici
- articolare i momenti dei tirocini tra forme di insegnamento, contenuti pratici, contenuti di tipo metodologico;

- fissare le modalità di valutazione dell'apprendimento;

Tre sono gli aspetti destinati a specifici approfondimenti:

- la questioni degli investimenti destinati all'acquisizione delle tecnologie necessarie almeno per la parte riguardante le abilità manuali, prevedendo in questo ambito anche lo sviluppo di sinergie di ricerca ed applicazione con alcune unità della locale facoltà di ingegneria;

- l'attivazione di un rapporto continuativo con le Aziende Ospedaliere presso cui sono effettuati i tirocini, per le questioni riguardanti il personale ospedaliero da coinvolgere, per gli aspetti organizzativi, logistici e di tutela degli studenti.

- il tema delle attività pratiche-internati riguardanti le discipline di base, per coordinarle tra loro e con quelle degli anni successivi anche per stimolare le attitudini alla ricerca.

4- Tra le principali motivazioni per l'abbandono del vecchio ordinamento, vi era, come ben ricorda Cesare Meloni, la necessità di dare spazio alle discipline specialistiche del triennio clinico. Questo ha portato ad una "eccessiva concessione di dignità di insegnamento autonomo" ad alcune discipline ed al ben noto fenomeno del raddoppio degli insegnamenti-esami, arrivati a 55 con le tabelle XVIII e XVIII bis.

Nelle tappe successive di adeguamento degli ordinamenti gli esami sono sì scesi ai 36 tabel-lari, ma tale riduzione era spesso fittizia essendo conseguita con corsi (efficacemente definiti da Frati e coll "disintegrati") in cui di fatto si sostenevano 3-4 esami fatti in luoghi e tempi separati, da docenti dei moduli "disintegrati" con voti finali mediati. La situazione non era così cambiata, anzi in alcuni casi era addirittura peggiorata, con più esami, difficoltà a collegare criticamente le nozioni, ritardi nelle carriere. Cesare Meloni insiste sulle condizioni necessarie perché i corsi integrati possano svolgere adeguatamente le loro funzioni di concentrazione delle nozioni delle discipline affini e di riduzione del carico di lavoro:

- limitare da parte di ciascuna disciplina le nozioni al minimo livello indispensabile
- attuare la verifica con un unico esame.

L'analisi della nostra Conferenza Permanente è in sintonia quando sottolinea che "in molte sedi l'integrazione dei corsi, così come era stata concepita, è stata più un proposito che una realtà" anche se "è altrettanto vero che un'in-

tegrazione dei corsi presenta difficoltà di vario genere”.

Importante mi sembra quindi l'obiettivo immediato “di mappare in maniera adeguata la situazione esistente nelle varie sedi, comprensiva della distribuzione dei CFU per i singoli Corsi integrati.

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”.

Alla luce di tutto ciò ritengo che i regolamenti didattici, sicuramente in discussione nei prossimi mesi, debbano porre questa come una delle questioni centrali tenendo anche conto della proposta “di riorganizzare le disomogeneità conseguenti alle diverse modalità di distribuzione dei crediti formativi per unità didattica con l'obiettivo di promuovere un percorso formativo articolato in modo razionale, e con l'integrazione orizzontale e verticale degli insegnamenti, applicando un *core curriculum* in grado di valorizzare le conoscenze e le competenze mediche”.

5 - In più occasioni è stata sottolineata la opportunità di porre sotto controllo efficacia ed efficienza della didattica attraverso indicatori che consentano da una parte la misura della qualità di tutte le forme didattiche e dall'altra il monitoraggio delle carriere degli studenti, garantendo così un *feed back* informativo rispetto allo stato di applicazione dell'attuale *core curriculum* negli ambiti disciplinari e nei settori scientifico disciplinari. Va sottolineato come questo sistema rappresenti una scelta per adesso volontaria, ma in un futuro assai vicino obbligata, a seguito dell'avvio prevedibile dei sistemi di valutazione esterna. Non a caso anche questa tematica è stata inserita tra le priorità della nostra Conferenza che al riguardo ha sottolineato come sia “necessario condividere gli 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 auto-valutazione 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 auto-valutazione e l'altro di etero-valutazione, 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, con una visione di sistema”.

Nel programma di lavoro del nostro corso di laurea abbiamo individuato due aspetti prioritari: il sistema di monitoraggio delle carriere degli studenti; l'adeguamento degli strumenti di valutazione della didattica predisposto dal nucleo di valutazione di Ateneo. Per il primo è stato messo a punto un sistema di collegamento tra segreteria studenti e segreteria del corso di laurea che consentirà l'acquisizione delle informazioni riguardanti: anno di iscrizione, elenchi dei partecipanti alle lezioni, frequenza alle lezioni, iscrizione agli esami, presenza agli esami, superamento degli esami, richiesta tesi, data laurea. Per i tirocini saranno acquisiti i dati su calendario, presenza, valutazione, profitto. Ogni anno i dati saranno elaborati rispetto a semestri, anni, corsi integrati con particolare attenzione alle eventuali situazioni di blocco.

Il secondo punto riguarda i questionari di valutazione che gli studenti dovrebbero compilare per strutture ed attività didattiche e da tempo predisposti dal nucleo di valutazione di ateneo. Il condizionale è d'obbligo in quanto nell'ultimo anno accademico il quinto anno è stato valutato da tre studenti (sui teorici 150-160) ed il sesto da nessuno. Tra le varie cause che abbiamo analizzato ve ne sono alcune collegate ad aspetti formali (ripetizione ad esempio per ogni questionario di corso integrato della parte anagrafica e di carriera pre-universitaria; ripetizione della parte sulle strutture in gran parte comuni ai corsi, ecc.), ma altre di sostanza come la percezione di fare un qualcosa di utile e di farlo in modo adeguato. A questo proposito un elemento critico è apparso quello della divisione della valutazione tra

corso integrato e docente; delle integrazioni orizzontali e verticali degli insegnamenti; dei tempi di compilazione dei questionari (se cioè alla fine del corso o dopo aver sostenuto l'esame). Nella proposta che invieremo al nucleo di valutazione vi saranno pertanto sia indicazioni riguardanti l'incentivazione della compilazione, le modalità di compilazione delle diverse parti, le modifiche dei contenuti delle valutazioni, in modo da valorizzare le specificità del nostro corso di laurea.

6 - Mi sembra opportuno concludere riprendendo alcuni punti che la nostra Conferenza ha stabilito nel dicembre dello scorso per l'attività dei prossimi tre anni:

- far derivare le nostre decisioni da progetti e programmi precisi;
- coinvolgere gli studenti nell'applicazione dei progetti relativi al percorso formativo;
- implementare le attività di valutazione ed accreditamento interno;

- identificare le eccellenze anche al fine della formazione dei docenti;

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

- inviare all'opinione pubblica ed alle Istituzioni precisi messaggi relativi alla qualità delle conoscenze e della professionalità acquisite dai nostri laureati.

Tutti siamo chiamati, a partire dall'applicazione del nuovo ordinamento, a dare il nostro contributo al riguardo, a cominciare dall'avvio nell'ambito dei singoli corsi di laurea del dibattito aperto in questa sede.

Massimo Casacchia, Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia,
Università degli Studi di L'Aquila



Nell'ultimo numero della rivista il Prof. Cesare Meloni affronta con coraggio il tema del processo formativo del laureato in medicina in Italia, evidenziandone limiti e prospettive.

Uno degli aspetti su cui concentra la sua critica è l'inadeguatezza di una adeguata preparazione pratica agli studenti in relazione alla cronica carenza di strutture assistenziali specificatamente dedicate all'attività formativa. Mette in evidenza la necessità di migliorare le attività di tirocinio, in quanto probabilmente non è ancora realizzata la *mission* del nuovo Corso di Laurea che non dovrebbe insegnare la medicina, ma insegnare a "fare il medico". Bisogna lavorare ancora nonostante il grande lavoro della Conferenza sui tirocini professionalizzanti, in quanto le zone d'ombra sembrano ancora notevoli.

Primo fra tutti è ancora carente il coinvolgimento diretto dei docenti universitari che non sembrano aver appieno valorizzato questa fondamentale e strategica tipologia didattica. Del resto, le persone di fatto delegate alla formazione in qualità di "tutori", universitari e ospe-

dalieri, non sempre sono messe in grado di conoscere e condividere gli obiettivi formativi del Corso di Laurea, spesso ben delineati solo nella mente del Presidente del Corso di Laurea e di pochi valorosi colleghi.

Sono, inoltre, pienamente da condividere alcune stimolazioni del Prof. Cesare Meloni, come quella, per esempio, di integrare l'insegnamento di anatomia con quello di fisiologia, di individuare nel VI anno un corso di metodologia clinica sistematica, da considerare una "prova generale" del sapere e delle competenze professionali acquisite nei sei anni.

Pur apprezzando le soluzioni pratiche proposte per la formulazione di un nuovo piano di studio, sembrerebbe però opportuna anche una riflessione sui nuovi obiettivi formativi, mettendo in evidenza non soltanto il problema delle "integrazioni" e "sequenze didattiche", quanto il problema dei contenuti didattici finalizzati a raggiungere gli obiettivi formativi.

Uno dei temi che dovrà essere maggiormente valorizzato è relativo al ruolo della medicina territoriale, che deve integrare l'impostazione ospedalecentrica che caratterizza ancora il percorso formativo. E' necessario essere molto espliciti nel dare il giusto spazio alla medicina di famiglia attraverso la collaborazione tutoriale e didattica dei medici di famiglia.

Vanno esplicitati con maggiore determinazione alcuni aspetti ineludibili per una buona preparazione medica, quali un approfondimento degli aspetti della buona comunicazione tra medico e pazienti, un corretto rapporto medico paziente fondato su principi deontologici netti, senza contare l'importanza di un approccio biopsicosociale in cui anche l'ambiente sociale ed economico possono essere considerati

determinanti di rilievo per la fisiopatogenesi delle malattie.

Mettere le mani su un nuovo corso di laurea ed apportare cambiamenti, nella prospettiva della revisione sollecitata dal DM 270, presuppone lo sforzo collegiale di cercare di ridefinire il profilo, sfuggente e dinamico, del medico più adatto a rispondere alle attese ed ai bisogni di cura della popolazione in un questo nostro periodo storico, tenendo presente i grandi progressi scientifici e tecnologici, le realtà socio-economiche dei territori e le stringenti esigenze di politica sanitaria.

In questa ottica va letta senza ipocrisia la realistica considerazione del prof. Meloni sul fallimento della diminuzione degli esami con i corsi integrati. Si è assistito ad una tale frammentazione dei Corsi Integrati che, divenuti corsi "disintegrati", hanno visto la moltiplicazione vertiginosa di "valutazioni" per moduli didattici legati all'insegnamento. Probabilmente non è facilmente praticabile la soluzione di assemblare le discipline in grandi gruppi con esami semestrali o annuali. Ipotesi, peraltro, aborrita dagli studenti che, abituati alla didattica formale e scarsamente interattiva delle nostre aule, nelle quali si alternano i numerosi docenti dei Corsi Integrati, non tornerebbero ad affrontare un folto drappello di docenti in sede di esame su programmi di studio drammaticamente articolati e tuttora molto dettagliati. La maggiore agilità dell'apprendimento e della verifica per insegnamenti potrebbe essere ulteriormente migliorata dalla più ampia condivisione ed integrazione degli obiettivi didattici, quest'ultimi "sì" realmente negletti e carenti nei nostri Corsi Integrati.

Saverio Cinti, Coordinatore della Commissione Didattica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche



A mio avviso, gli elementi fondamentali per raggiungere gli scopi di un corso di laurea sono:

1- un adeguato numero di corsi fondamentali ed omogenei per contenuto (non più di tre per semestre)

2- un carico didattico teorico ragionevole (non più di tre ore/die)

3- un carico didattico pratico ragionevole (non più di tre ore/die)

4- professori all'altezza della situazione (selezionati con metodi più obiettivi e più rigorosamente attenti alla produzione didattica e scientifica)

5- risorse adeguate all'insegnamento (comunque superiori a quelle attuali nella grande maggioranza delle sedi se non in tutte)

L'ordine degli elementi è casuale essendo tutti di primaria importanza. L'attuale legislazione non consente di raggiungere facilmente la piena attuazione dei cinque elementi aurei sopracitati perché:

1- l'invenzione dei corsi integrati e l'abolizione della distinzione tra corsi fondamentali e obbligatori ha portato alla conseguenza che un numero spropositato di docenti abbiano preteso la loro fetta di insegnamento nel corso di laurea. Comunque la si giri ciò impedisce di programmare un serio ed

adeguato numero di corsi fondamentali omogenei per contenuto;

2- la quantità di insegnamenti impartita impedisce un carico didattico ragionevole per il semplice ovvio motivo che tutti i docenti sentono il dovere di insegnare anche le cose più specialistiche di cui sono esperti e che ritengono assolutamente indispensabili per lo studente;

3- il carico didattico pratico ragionevole dovrebbe prevedere la permanenza dello studente nel laboratorio o nel reparto per un tempo adeguato al raggiungimento dello scopo. Se leggiamo il numero di skills proposti dai presidenti di corso di laurea per gli studenti di medicina ci rendiamo conto di quanto siano ambiziosi i nostri obiettivi e di quanto siano inadeguati i tempi di permanenza nei singoli reparti;

4- la quantità non va di pari passo con la qualità. Basta guardare al numero dei professori e alla velocità con cui questo è incrementato per capire il concetto. I concorsi locali non sono di certo stati di stimolo per migliorare la qualità dei professori. Tutti concordano sul principio che vuole l'insegnamento universitario legato alla ricerca scientifica. Quest'ultima è una cosa seria e complessa e, secondo la mia personale esperienza, facilmente valutabile con parametri obiettivi. I vari nuclei di valutazione locali e nazionali sembrano avere invece grandi difficoltà sino a richiedere di presentare documentazione per una produzione scientifica risibile per quantità e senza dati obiettivi di qualità. In questo modo non si incentiva certo la produzione scientifica di qualità che è il pre-requisito necessario per una qualità di insegnamento di livello universitario;

5- le risorse di partenza erano scarse. Aumentando il numero di insegnamenti obbligatori per gli studenti sono aumentate le pretese dei docenti per cui gli insegnamenti veramente fondamentali si sono visti ridurre progressivamente le risorse a scapito della qualità dell'insegnamento.

Da tutto ciò risulta evidente come sia difficile prevedere di organizzare un buon ordinamento didattico per i futuri medici. Forse sono troppo pessimista, ma non credo.

Soluzione del problema? a mio avviso: togliere il valore legale al titolo di studio e legare i finanziamenti agli Atenei prevalentemente alla produzione scientifica di qualità elevata rilevata con indici internazionali.

Pietro Gallo, Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia "C",
Università degli Studi di Roma La Sapienza I Facoltà



Premessa

In un recente articolo (*Medicina e Chirurgia* 31: 1204-1210) Cesare Meloni ha aperto, con intelligenti "provocazioni", un dibattito sulla riforma dell'ordinamento didattico di Medicina, formulando proprie proposte. L'editor della rivista sollecita ora un forum di discussione sulle sue considerazioni e proposte, cui aderisco volentieri. A mia volta, devo doverosamente premettere che le mie considerazioni non vogliono essere altro che un contributo molto personale, e assolutamente opinabile, al dibattito.

Assunto di partenza

Nel suo articolo, Cesare Meloni parte da un duplice assunto di partenza: che nell'Università Italiana c'è una eccessiva "mortalità studentesca" e sussista una insufficiente preparazione "professionalizzante". L'Autore ritiene che la prima critica non si applichi a Medicina, richiamando la forte motivazione dei nostri studenti "filtrati" dal numero chiuso, ed ammette la fondatezza della seconda critica, che attribuisce a carenza di strutture assistenziali, riconoscendo come il Nuovo Ordinamento Didattico stia cambiando la situazione, ma al prezzo di una "riduzione di adeguatezza del processo formativo nel suo complesso".

La mia posizione è leggermente diversa. Non mi pronuncio sulla "mortalità studentesca" perché non

in possesso di dati statistici, anche se ritengo che occorra favorire il percorso dello studente e rimuovere l'immagine del corso di laurea in Medicina come quella di un "percorso ad ostacoli". So di avere idee diverse da quelle di molti illustri colleghi sulle modalità per favorire tale percorso: io credo che la strada non sia quella della concessione sistematica di appelli straordinari, soprannumerari, eccezionali... – che distraggono gli studenti dalla frequenza dei corsi – ma quella di rimarcare di più il legame tra insegnamento e verifica dell'apprendimento, ad esempio stimolando gli studenti a fare l'esame a fine corso (e non affermando che la propria materia è così complessa che va metabolizzata) e sperimentando la procedura dell'*esame di semestre*.

Per quanto riguarda la carenza di strutture assistenziali, l'esperienza maturata con le *on-site visits* tra Presidenti di CLM in Medicina mi dice che questa si verifica sovente nelle "piccole" Università additate, probabilmente a torto, dalla CRUI e dal Ministero come esemplari, e che vicariano con *tutor ospedalieri* la carenza di docenti di ruolo in numerosi e non secondari settori scientifico-disciplinari. Al di là di questo, c'è però un più diffuso problema, di tipo culturale, che è quello di far transitare una generazione di docenti formata su di un modello teorico-deduttivo di tipo franco-tedesco ad un sistema pragmatico-induttivo di stampo anglosassone. Manca, da noi, una cultura del "tutoriale" e del "tirocinio clinico", come è dimostrato dalla nostra inveterata predilezione per un'unica forma di valutazione (l'esame orale) che, notoriamente, è valida per verificare l'acquisizione delle competenze *conoscitive* ma non per quelle *operative*.

Pregi e limiti dell'ordinamento in vigore

Cesare Meloni riconosce all'attuale ordinamento il pregio del superamento della parcellizzazione introdotta dalla tabella XVIII/86 e quello della creazione del Corso Integrato.

Il Corso Integrato, la cui ideazione si è resa necessaria come risposta alla specializzazione del sapere imposta dall'accelerazione esponenziale delle conoscenze, è tuttavia rimasto troppo spesso solo sulla carta (anche se ciò avviene meno spesso a Medicina che in altre facoltà). Molti, troppi, corsi integrati sono ancor oggi solo un *collage* di moduli, ognuno con una propria autonoma prova di valutazione. L'integrazione, nata come una *necessità*, deve diventare una *risorsa*, di più, un *valore* della Facoltà di Medicina.

Un altro punto cruciale è quello del *core curri-*

culum. L'Autore osserva che "ogni docente tende a dilatare oltre l'indispensabile le nozioni da lui impartite". Ha molto spesso ragione, mentre, al contrario, un'altra conseguenza dell'accelerazione delle conoscenze dovrebbe essere proprio la necessità di selezionare l'informazione da trasmettere allo studente.

Alcuni rimedi possibili

Nel suo articolo, Cesare Meloni propone una serie di possibili rimedi alla situazione attuale. Sarebbe troppo noioso esplicitare quali sono le proposte sulle quali convengo e quelle che non condivido. Mi limiterò ad alcuni accenni di carattere generale.

Sono contrario ad una ripresa della distinzione tra corsi/esami fondamentali ed opzionali. Credo che il *core curriculum* debba essere una proposta formativa obbligatoria per tutti e che ci sia molto spazio di creatività per valorizzare le attività formative elettive come strumento per configurare *profili* individuali dei singoli studenti.

Sono altrettanto contrario a relegare a fine percorso le discipline "specialistiche", che – a mio avviso – vanno insegnate all'interno dei corsi integrati. Uno studente che volesse iscriversi alla scuola di specializzazione in Patologia clinica dovrà aspettare il VI anno per studiare Medicina di Laboratorio? C'è già il percorso "elettivo" a configurare *in nuce* le future scelte dello studente. A mio avviso, quanto delle discipline specialistiche fa realmente parte del *core curriculum* va insegnato nei corsi integrati obbligatori, mentre la parte che attiene al bagaglio dello specialista verrà appresa direttamente nelle scuole di specializzazione.

Certo, l'*integrazione* interdisciplinare deve essere ben fatta: a volte è possibile una *integrazione alla pari* (come tra anatomia e fisiologia), ma nella maggior parte dei corsi integrati può essere identificata una *disciplina leader* verso la quale far convergere tutte le integrazioni e che rappresenta lo "scheletro" del Corso.

L'integrazione interdisciplinare diventa tanto più reale ed efficace quanto più anche l'esame diventa integrato ed interdisciplinare: dato che *assessment drives learning*, credo che la sperimentazione dell'esame di semestre sia uno strumento prezioso nella direzione dell'integrazione e consenta di configurare con grande facilità il *percorso* dello studente. Se lo studente deve superare ogni anno due soli esami, avendo a disposizione una terza sessione di recupero, il blocco all'iscrizione all'anno successivo può essere attuato ogni anno, perché diventa non più una penalizzazione ma uno strumento di aiuto per lo studente.

Sono contrario al modello che contrappone la

didattica frontale, "universitaria", a quella professionalizzante, "ospedaliera", e che propone di riunire tutti i tirocini professionalizzanti alla fine del corso di laurea. Credo, al contrario, che sia stata una felice intuizione del legislatore quella di individuare 60 CFU professionalizzanti (pari ad un anno di lavoro dello studente) ma di lasciar libero ogni CLM di distribuirli. Tra l'altro, va osservato che questi CFU non vanno attribuiti solo alla *clinical clerkship* (il tirocinio professionalizzante) che verrà ovviamente concentrata negli ultimi due anni di corso, ma anche all'acquisizione delle singole *practical skills*, che verranno insegnate agli studenti nei primi quattro anni di corso (e soprattutto nel II biennio). Per poter integrare un tracciato ECGrafico nel contesto della storia clinica di un singolo paziente, lo studente dovrà aver prima imparato i quadri ECGrafici esemplificativi relativi alle principali patologie!

Conclusioni

Pur consapevole che non c'è ordinamento didattico che non sia emendabile, e pur orgoglioso di far parte di una Facoltà che ha dato vita ad un incessante cantiere di innovazioni pedagogiche negli ultimi venti anni, non credo che ci siano le condizioni, al momento attuale, per un'ennesima riforma degli ordinamenti didattici. E lo dico non per conservatorismo di ritorno, ma come occasione per ribadire forse il principale elemento di novità del DM 509/99, che – introducendo l'autonomia didattica dei corsi di laurea – ci permette di sperimentare in modo creativo organizzazioni curriculari innovative. Quasi tutte le proposte che Cesare Meloni fa possono essere sperimentate senza dover ricorrere ad alcuna riforma dell'ordinamento. La realtà attuale sembra essere, al contrario, caratterizzata da un tentativo gattopardesco di cambiare tutto perché nulla cambi. Vi sono, invece, corsi di laurea in Medicina nei quali, già oggi, si fa un'intensa attività didattica professionalizzante, si diversifica il formato delle prove di valutazione, si attua una integrazione interdisciplinare longitudinale e trasversale non formale.

Uno degli aspetti più importanti della Conferenza permanente dei Presidenti di Corso di Laurea magistrale in Medicina è proprio quello di essere un forum sempre aperto, nel quale le esperienze diverse vengono messe in comune con gli altri, senza ergersi a maestri di alcunché, ma con la intrinseca modestia dello sperimentatore che sa di poter offrire solo soluzioni provvisorie, destinate al vaglio della verifica.

Marzia Galli Kienle, Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia,
Università degli Studi di Milano Bicocca



Come ben descritto dal prof. Meloni, il processo formativo degli studenti in Medicina durante l'ultimo decennio ha subito "scossoni" che hanno creato situazioni insostenibili nel completamento della formazione. In particolare, l'eccessivo numero di discipline singolarmente proposte allo studente, che richiedevano ciascuna un esame finale, nonché la carenza di attività "sul campo" hanno condotto, per la gran maggioranza degli studenti, a laureati assolutamente impreparati all'inserimento nella successiva fase formativa di specializzazione.

L'adeguamento alle situazioni europee, per quanto di difficile attuazione, ha condotto alla proposta di ordinamento della laurea specialistica. L'interpretazione di questo ordinamento da parte di molti lo fa ritenere ancora inadeguato, "con l'onere per gli studenti di sostenere 36 esami" per poter accedere al conseguimento della laurea e "senza l'introduzione di significative modifiche, relativamente agli obiettivi", come riportato dal prof. Meloni. Va però rilevato che l'introduzione delle norme relative all'autonomia didattica ha però permesso la sperimentazione di processi formativi innovativi che, accanto ad un numero di esami più limitato (molte sedi presentano attualmente regolamenti con 28 esami nei sei anni), sono

strutturati con corsi volti alla integrazione delle discipline di base e pre-cliniche con le discipline cliniche. Inoltre, questi regolamenti "sperimentali" prevedono un notevole aumento dell'attività professionalizzante con tirocini che si estendono almeno dal terzo anno fino al sesto e corrispondono a 60 crediti formativi come richiesto dal D.M. 28/11/2000

Sicuramente non si è raggiunta la situazione ottimale, con il giusto equilibrio tra didattica frontale e attività interattiva e clinica, e si potrebbe ulteriormente ridurre il numero di esami. I maggiori problemi che si incontrano nella progettazione di ordinamenti migliorativi rispetto all'attuale riguardano:

- a) la preparazione di base degli studenti che accedono al corso di laurea
- b) la formazione dei docenti
- c) l'adeguamento delle modalità d'esame
- d) le richieste strutturali e le esigenze di tutorato per un corretto svolgimento dell'attività professionalizzante

Il mio parere personale relativamente ai punti sopra citati può essere riassunto come segue:

- a) in attesa di un adeguamento della scuola secondaria all'esigenza di una preparazione più indirizzata a chi voglia intraprendere la professione del medico, si rende necessaria la modifica del test di ammissione, già più volte discussa in sede di Conferenza, che permetta una valutazione più puntuale degli studenti che accedono al corso di laurea, e comprenda anche la valutazione delle potenzialità attitudinali dei singoli. Inoltre, sarebbe opportuno introdurre nei regolamenti l'impossibilità di accesso in caso di mancata competenza di base nei campi, ormai divenuti irrinunciabili, della lingua inglese e dell'informatica;
- b) le modifiche introdotte dagli ordinamenti che si sono succeduti dall'anno 1985 in poi hanno creato anche nel corpo docente notevoli difficoltà di adattamento alle varie forme di didattica. Molti rimangono tuttora "affezionati" alla didattica *ex cathedra* che attualmente dovrebbe essere limitata a seminari di approfondimento. Si rende quindi necessaria l'organizzazione di corsi di formazione dei docenti, del resto previsti dalla normativa attuale;
- c) Sarebbe auspicabile ridurre gli esami ad "esami di semestre" che prevedano prove scritte a quiz e prove pratiche, attraverso le quali si valutino non solo le abilità pratiche acquisite

ma anche si approfondisca la capacità di analisi critica integrata dello studente. In questo senso potrebbe essere di aiuto la formazione di commissioni miste, composte da docenti delle diverse aree, di base, preclinica e clinica.

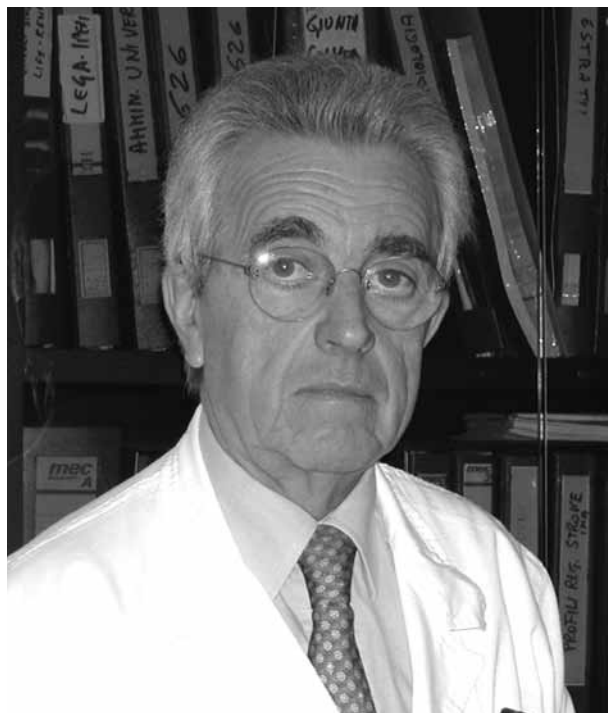
d) Una corretta formazione professionale richiede l'accoglienza di studenti nelle strutture ospedaliere e presso ambulatori di medici di medicina generale in numero sufficiente ad evitare il sovraffollamento. Inoltre, il tutorato diventa un aspetto rilevante della formazione purché il rapporto studente-tutore sia mantenuto non superiore a tre.

Sicuramente una proposta di processo formativo deve lasciare un notevole grado di libertà

sia allo studente nella scelta sul come costruire la propria formazione, sia alla sede nella scelta di punti di eccellenza. Sarà necessario però valutare accuratamente come devono essere accreditate le esperienze pregresse in caso di richiesta di trasferimento da una sede all'altra.

Per quanto ora noto sul nuovo ordinamento previsto dalla legge 270, le modifiche rispetto all'ordinamento in vigore non modificano sostanzialmente gli obiettivi ma danno più ampio spazio all'autonomia e permetteranno, a mio avviso, di proseguire con il rinnovamento iniziato con l'introduzione della laurea specialistica.

Alessandro Rappelli, Ordinario di Medicina Interna, Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche



Ho letto con molto interesse le *Considerazioni sul processo formativo dei laureati in Medicina e Chirurgia* che il collega Meloni ha pubblicato sull'ultimo numero dei Quaderni.

Devo dire innanzitutto che condivido appieno l'analisi dei punti critici dell'attuale ordinamento dovendo peraltro ammettere che una buona parte delle responsabilità di tali difficoltà ricadono su noi docenti che, come ben dice Meloni, spesso tendiamo a dilatare oltre l'indispensabile le nozioni da impartire. Troppo sovente infatti, e qui anch'io utilizzo la mia pregressa esperienza di Preside, assistiamo a spasmodiche richieste tese ad ottenere incrementi di ore di didattica o di crediti non solo al fine di soddisfare il proprio ego di docente ma spesso per poter avere più peso nelle richieste di posti di ruolo. Condivido poi pienamente l'osservazione di Meloni circa l'incasellamento da parte degli studenti di molte nozioni senza collegamenti reciproci e che rimangono separate come se fossero riposte in tanti contenitori disgiunti. Questa considerazione, a mio avviso, rafforza il concetto, da più parti espresso ma in particolare dal Collegio dei Docenti di Medicina Interna, di introdurre il più presto possibile nel percorso formativo insegnamenti che si caratterizzano per una visione olistica della Medicina, quali la Fisiopatologia Clinica e la Semeiologia Clinica. Sebbene io condivida pienamente i principi generali esposti

sotto il titolo "Rimedi possibili" da parte di Meloni, devo peraltro esprimere il mio dissenso per quanto riguarda nel dettaglio l'enunciazione delle proposte migliorative. Proprio per le ragioni prima esposte vedrei meglio l'anticipazione al terzo anno dei concetti di Fisiopatologia Clinica accanto alla Semeiologia Clinica. (Sinceramente non vedo poi in che cosa si differenzi la Fisiopatologia Chirurgica da quella Medica se non per una spartizione di malattie che possano essere suscettibili di intervento chirurgico anziché di terapia medica.)

L'area della Medicina Clinica e Preventiva così come viene prevista al 5° anno mi pare inoltre del tutto priva di quelle opportunità unificanti che solo un insegnamento "internistico" può offrire. La Geriatria quindi dovrebbe avere uno spazio autonomo importante anziché essere una piccola parte del Corso Integrato con l'Endocrinologia e le Malattie Metaboliche.

Credo che al di là delle questioni semantiche relative alla denominazione dei corsi integrati (vedi Metodologia Clinica Sistemática al 6° anno che potrebbe anche chiamarsi Clinica Medica e Chirurgica) il messaggio più rilevante che emerge dalla proposta di Meloni consista nel sottolineare la necessità di snellire i programmi di tutti gli insegnamenti soprattutto dei

nozionismi che ben poco servono a costruire quel minimo comune denominatore di conoscenze e di ragionamento clinico che un giovane laureato in medicina deve possedere per poter affrontare la pratica clinica e per poi procedere ad ulteriori approfondimenti nell'ambito della specializzazione di sua scelta.

Non sarà certo facile raggiungere questo obiettivo perché ciò comporterebbe entrare nel merito di *cosa* e non di *come* si insegna. Il concetto di libertà dell'insegnamento è sempre stato interpretato infatti come un diritto inviolabile di noi docenti di scegliere e di pesare a nostro piacimento i contenuti delle nostre lezioni ed esercitazioni anziché limitarci a scegliere con libertà le *modalità* con le quali trasferire al discente la nostra esperienza nell'ambito però di un *core curriculum* condiviso dalla Facoltà che soddisfi veramente le esigenze di quanto lo studente deve conoscere e saper fare. E' veramente auspicabile che nei prossimi anni chi ci sostituirà nella responsabilità della formazione dei giovani medici riesca a superare queste vecchie barriere.



Gianluca Vago, Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia,
Università degli Studi di Milano



Giorni fa alcuni studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia hanno inviato una breve lettera aperta ai loro docenti. Nella lettera, scritta a seguito della presentazione in Facoltà dei dati raccolti dal CIVR, e dei buoni risultati ottenuti nel campo della ricerca in area medica dall'Università Statale di Milano, gli studenti chiedevano che un impegno altrettanto positivo venisse garantito nell'attività didattica.

Scrivendo la risposta alla lettera, mi è parso che alcune osservazioni riguardassero in ultima analisi le ragioni delle difficoltà che tutti noi abbiamo incontrato nell'applicazione delle diverse revisioni della struttura del percorso formativo in Medicina succedutesi negli anni. Per questo, le riporto qui alla discussione che è stata aperta.

Forse il punto di partenza, per quanto scontato, è proprio legato al differente impegno che si dedica alle attività di ricerca rispetto a quelle didattiche. Per quanto si tratti di una percezione diffusa, c'è una differenza di fondo tra le due, ed è nel sistema di misurazione degli esiti. A fronte di parametri di valutazione dell'attività scientifica che, pur imprecisi e discutibili, sono universalmente accettati e facilmente accessibili (IF, CI e altri), la misurazione dell'efficacia del processo

di formazione medica è nella sostanza basata prevalentemente sulle valutazioni degli studenti, che misurano tuttavia la loro "soddisfazione", che è una cosa diversa. A mio parere, questo è un aspetto pesantemente sottovalutato, ma rilevante. Come è possibile modificare l'impostazione di un piano didattico, se non si conoscono gli esiti cui dà luogo?

La seconda osservazione è che indubbiamente i meccanismi di incentivazione delle due attività sono radicalmente differenti, sia sul piano personale che "sociale". Sul piano personale, l'attività di ricerca (anche perchè misurabile) è ancora largamente prioritaria nelle progressioni di carriera. Più ancora, però, la ricerca (e l'attività clinica per altri aspetti) condiziona la "percezione" sociale del successo, dell'affermazione individuale e di



gruppo. Vorrei chiarire che quanto sto scrivendo non implica affatto un “giudizio” di merito. Credo sia assolutamente legittimo e anzi ritengo che, nel campo di attività complesse come lo è la formazione superiore, l’elemento della riconoscibilità in ambito sociale rappresenti un motivo importante di stimolo e controllo (sia positivo che negativo). Ma è un fatto difficilmente contestabile che nel nostro paese la considerazione collettiva dell’importanza dei processi di educazione e formazione sia piuttosto modesta, con conseguenze negative proprio sui meccanismi di incentivazione o sanzionatori. Questo comporta una ricaduta immediata proprio sul piano della scelta di contenuto e di articolazione dell’attività didattica, che richiede una prospettiva, quella dello studente, spesso molto diversa rispetto a quella che i docenti, in quanto professionisti, utilizzano nel loro agire quotidiano. Semplificando, il punto rilevante mi sembra che mentre l’apprendimento richiede,

come più volte sottolineato da Cesare Meloni, una progressiva apertura alla multidisciplinarietà, noi docenti –che siamo anche, e prima, medici e ricercatori- tendiamo quasi istintivamente ad un approccio di settore, del nostro settore, perchè il nostro “settore”, la nostra attività professionale è il più potente fattore di autostima, di realizzazione e di identificazione. Ripeto, non parlo solo di aspetti puramente corporativi, ma di dinamiche di percezione di ruolo più complesse. Il risultato è che noi tendiamo a riportare, nel bene e nel male, quello che facciamo nel nostro lavoro nell’ambito didattico. Il risultato è che tutti i tentativi di modifica legislativa, ordinamentale, regolamentare e di contenuti di insegnamento proposti sulla base di criteri di tipo puramente pedagogico si scontrano con processi di applicazione pratica che modificano a volte radicalmente il risultato atteso (l’esempio più clamoroso in questo senso è probabilmente rappresentato dall’applicazione della Tabella XVIII). Dando vita, spesso e per controreazione, a sistemi di controllo formale *a priori* tanto più burocraticamente pesanti, quanto più malinconicamente inutili, o dannosi, perchè quasi del tutto privi di conseguenze per il singolo docente, e per il sistema nel suo complesso. In sostanza, e semplificando molto, è la professione che condiziona e indirizza l’impostazione dell’attività didattica, raramente l’opposto. Un cardiologo non smetterà di esserlo quando insegna; al contrario, tutte le più importanti sollecitazioni che riceve dall’interno dell’Università, e dall’esterno (dagli ospedali, in primo luogo), lo spingeranno semmai a privilegiare le occasioni per sottolineare l’appartenenza alla sua “professione”.

Le ricadute sono ben sottolineate nelle considerazioni di Meloni, e ben note a tutti noi.

Occorre allora lavorare, a mio parere, su un modello che realisticamente cerchi di “sfruttare” le spinte motivazionali dei docenti, non negandole, ma provando a valorizzarle all’interno di percorsi formativi che ne integrino il più possibile le competenze in senso multidisciplinare, garantendo nel contempo la coerenza complessiva del processo di apprendimento.

Da questo punto di vista, si possono immaginare alcuni principi sui quali impostare il processo di formazione medica;

1. un’articolazione e organizzazione delle attività didattiche che privilegi l’apprendimento di metodo e insieme le attività professionalizzanti, stimolando i docenti ad aggiungere “esperienza” alle loro attività di insegnamento, e riducendo i momenti di mera ripetizione contenutistica. Stimolandoli, cioè, a insegnare facendo il loro



“mestiere”, sia di clinici che di ricercatori

2. l'identificazione, al tempo stesso, di alcuni percorsi formativi di fondo, legati nel concreto ad alcune “figure guida”, di docenti cioè che rappresentino e garantiscano la coerenza, l'integrazione e la progressione dei contenuti didattici d'insieme;

3. il riconoscimento anche formale di periodi di formazione in ambito clinico –l'intero ultimo anno di corso, a mio parere- interamente strutturati su attività di tipo integrato, con una forte componente multidisciplinare

4. la continua rielaborazione dei contenuti didattici del corso di laurea, con il difficile obiettivo di razionalizzare le richieste dei singoli “settori” anche in termini di impegno didattico degli studenti;

5. lo sviluppo e l'applicazione di sistemi di misurazione di efficacia, possibilmente con comparazioni esterne.

Si tratta, come si vede, di osservazioni e proposte in buona parte già presenti nel contributo di Cesare Meloni, e che quindi penso rappresentino esigenze comuni.

Quello che vorrei di nuovo sottolineare, in conclusione, è quanto sia difficile imporre modelli teorici che contrastino con le spinte motivazionali prevalenti, personali e sociali, cui ci troviamo sottoposti nella nostra attività quotidiana, che spesso ci sollecitano in direzioni opposte a quelle necessarie per una più coerente ed efficace attività didattica. Credo sia necessario prenderne atto, per non rischiare frustrazioni o velleitarismi.



Maurizio Vanelli, Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia,
Università degli Studi di Parma



Ringrazio Cesare Meloni di avere gettato il proverbiale sasso nello stagno e avviato un confronto dialettico sui limiti dell'ordinamento didattico attuale.

Il primo limite sul quale vorrei soffermarmi riguarda la carenza di preparazione pratica professionalizzante. È sufficiente analizzare i giudizi dei colleghi di Medicina generale sui neo-laureati che vengono loro affidati per il tirocinio pratico in preparazione all'Esame di Stato per renderci conto che la rivoluzione culturale attesa con l'introduzione delle attività formative professionalizzanti (DM 509/99) non si è compiuta. In altre parole, nei nostri Corsi di Laurea si continua a insegnare la medicina e ancora poco, troppo poco, a fare il medico.

Con il tirocinio professionalizzante attuale, compreso in alcuni Corsi integrati (CI) in un semestre tra il quarto e il sesto anno, lo studente (anzi, frotte di studenti) passa come una meteora per i reparti vedendo poco e potendo fare ancor meno. Il rischio è quello di laureare studenti che non sanno misurare correttamente la PA o raccogliere un'anamnesi.

Apprezzo di conseguenza la proposta di Cesare Meloni di incrementare il più possibile

la pratica clinica professionalizzante allineandola agli standards europei con otto mesi effettivi, al minimo, di vita di reparto.

Condivido il piano di farla iniziare dal secondo anno, subito dopo il primo di ambientamento e di formazione di base, suggerendo che l'esordio avvenga con attività di *nursing* medico, chirurgico e specialistico (pediatrico, ginecologico...), da effettuarsi tra il primo semestre del secondo e il primo semestre del terzo anno. Questo potrebbe comportare l'apertura di un dialogo con le professioni sanitarie al quale potrebbe contribuire, perché no?, il Corso di laurea in Scienze infermieristiche.

In questa maniera lo studente si sentirà inserito da subito in un percorso formativo pratico che, partendo dall'abc della professione sanitaria, lo accompagnerà ad acquisire con progressione le capacità e le attitudini a fare il medico. Le attività di *nursing* al secondo anno e alla prima parte del terzo si incernierebbero molto bene con il CI di Semiologia clinica manuale e strumentale al terzo anno (con relativo tirocinio, immagino) previsto da Meloni e potrebbero contribuire anche al processo di "de-licealizzazione" dell'insegnamento universitario del primo biennio. È però irrinunciabile che tale percorso professionalizzante venga recepito dai docenti e dai tutori con maggiore convinzione e partecipazione di quanto non avvenga oggi. I coordinatori di CI dovrebbero vigilare con più attenzione che il tirocinio venga effettivamente realizzato e certificato, scoraggiando con efficace persuasione che le ore di attività professionalizzante vengano utilizzate per espandere la didattica frontale già sovrabbondante.

Per dare modo agli studenti di frequentare i reparti sono d'accordo che l'attività didattica frontale debba essere concentrata e le nozioni erogate nelle lezioni frontali debbano essere limitate al "minimo livello indispensabile". In attesa dell'applicazione del *core curriculum*, un primo passo per realizzare questo obiettivo potrebbe essere l'invito ai docenti a confrontarsi fra loro al fine di stabilire chi fa che cosa. Alcuni argomenti vengono oggi ripetuti tre, quattro volte da docenti differenti, anche nell'ambito dello stesso CI, con spreco di tempo e con disorientamento da parte degli studenti. Un ulteriore contributo potrebbe venire dal trasferimento di alcune nozioni di

base dal biennio propedeutico ai bienni clinici, a conferma della continuità di un percorso formativo effettivamente integrato che incomincia al primo e termina al sesto anno del Corso di laurea. Un esempio per tutti: Embriologia che Meloni inserisce nel CI di "Biologia generale, Genetica e Istologia" del primo anno potrebbe essere insegnata nel CI di "Malattie Materno-infantili", accanto ad Ostetricia-Ginecologia e Pediatria, al quinto anno. Lo stesso percorso potrebbe essere esteso ad altri insegnamenti dell'area di formazione di base e di quella morfo-funzionale.

In questo modo, il primo anno in particolare verrebbe alleggerito e gli studenti avrebbero più tempo da concedere allo studio e alla frequenza degli istituti biologici per conoscere la ricerca di base.

Molti docenti dell'area propedeutica lamentano l'esiguo numero di tesi di laurea realizzate nei loro laboratori. Un incremento dell'attività didattica interattiva svolta davvero sul campo (laboratori) che insegni allo studente a riflettere sul significato delle nozioni apprese alle lezioni frontali e a stabilire i collegamenti sui contenuti delle diverse discipline potrebbe essere l'espedito vincente.

La concentrazione e la contrazione degli insegnamenti del primo biennio, comunque auspicabile, farà emergere ancora di più il *gap* già oggi macroscopico fra preparazione culturale delle "matricole" e complessità dell'insegnamento universitario. Sono numerosi gli studenti che vengono ammessi al primo anno con uno (47%) o più (17%) debiti per fisica/matematica o biologia/chimica (dati di Parma, 2005).

Questo fenomeno è in gran parte all'origine degli abbandoni e delle difficoltà a comprendere ed elaborare gli argomenti delle lezioni, e a superare gli esami di profitto degli anni propedeutici. Occorre allora che la Conferenza dei Presidenti dei Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia faccia presente al Ministero competente questo disagio e che i Presidenti di Corso di Laurea sensibilizzino sull'argomento i coordinatori locali dell'istruzione media superiore perché studino, anche insieme con le Commissioni didattiche del Corso di laurea, le modalità più convenienti ed efficaci per elevare il livello della preparazione degli studenti che aspirano all'iscrizione a Medicina e Chirurgia.

Infine, proprio sulla base di quanto emerge dalle valutazioni dei colleghi di Medicina, auspico che fra gli insegnamenti, ad esempio del CI di Scienze umane, ci fosse spazio anche per quello di *Comunicazione medico-paziente*. Per ultimo, non vedendo fra gli insegnamenti ipotizzati da Meloni quello di Inglese medico, vorrei che i colleghi prendessero in seria considerazione la possibilità di stimolare la promozione di parte dell'attività interattiva o elettiva in lingua inglese. Sarebbe un passo di qualità verso l'internazionalizzazione dei nostri Corsi.

Luciano Vettore, Past Presidente della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia



Come prima cosa voglio dire che mi sembra un'ottima idea quella di aprire un forum di discussione sui problemi acutamente e correttamente sollevati dal Collega Meloni; se gli altri Colleghi lo accettassero, il supporto ideale per il forum dovrebbe essere il sito web della Conferenza dei Presidenti, dove tutti potrebbero leggere e interagire con gli interventi di tutti, ma temo che lo strumento verrà per avversione informatica rifiutato dai più, a meno di non trovare un "cireneo" disposto a introdurre nel forum gli interventi pervenuti per vie più tradizionali a un'apposita segreteria.

Venendo al tema, condivido al 99% l'analisi critica delle successive quattro riforme degli studi medici, proposta da Meloni; dissento solo su due affermazioni marginali:

1) è vero che prima dell'era delle Tab, XVIII il percorso didattico era chiaro e definito, con un'evidente prevalenza degli insegnamenti fondamentali, ma purtroppo questo percorso era già allora quantitativamente esuberante al di là delle necessità formative essenziali, e quindi nulla aveva a che fare con il moderno concetto di *core curriculum* (purtroppo la ridondanza nozionistica è un male antico

dell'Università italiana);

2) le riforme più recenti hanno come obiettivo la formazione professionale iniziale del medico "generale", non del medico "generico" (che correntemente indica il medico di base o di medicina generale); quest'ultimo è già a suo modo uno "specialista", mentre il CdLM in Medicina deve formare un *medico non specialista* dotato dell'armamentario *essenziale* – scientifico, culturale e pratico – necessario e sufficiente per intraprendere poi qualsiasi tipo di specializzazione: quello che io paragono a una *uncommitted stem cell*, destinata a differenziarsi successivamente, perché la prosecuzione per una specializzazione (magari generalistica come la Medicina interna o la Medicina generale) è oramai un elemento irrinunciabile, che però ha due conseguenze rilevanti: a) non si può pensare che alla laurea il medico debba avere già avuto contatto con tutto o quasi lo scibile medico; il neolaureato ha solo cominciato il suo iter professionale e quindi non può (e non deve) sapere "tutto", mentre deve invece avere "Imparato a imparare" perché questo dovrà fare per tutta la vita; b) bisogna evitare come la peste qualsiasi tendenza alla specializzazione pre-laurea, che ucciderebbe la formazione metodologica generale, requisito indispensabile sia per una visione olistica della medicina, sia per un successivo approccio specialistico corretto.

Vorrei sottolineare – e mi pare che anche Meloni sia d'accordo – come il tarlo, purtroppo persistente nell'attuazione concreta di tutte le successive riforme del nostro Ordinamento è l'ipertrofia delle discipline, di fatto sostenuta e mantenuta dall'affezione individualistica disciplinare dei docenti: ciò mantiene un'Università centrata sui docenti anziché sugli studenti e compromette ogni tentativo di vera integrazione tra contenuti dell'insegnamento e quindi anche dell'apprendimento e della valutazione.

Continua la parcellizzazione nozionistica di una formazione quasi esclusivamente impartita, nella quale lo studio personale dello studente è finalizzato solo alla memorizzazione transitoria delle nozioni da raccontare all'esame, mentre ben poca attenzione viene riservata a un apprendimento significativo, capace cioè di costruire una capacità critica e una visione integrata e quindi di sintesi, che sarebbe raggiungibile solo grazie all'approccio

metacognitivo (Meloni dice giustamente che bisogna “riflettere sul significato delle nozioni apprese... stabilire i necessari collegamenti”, cioè “saper sapere”, oltre a sapere, saper fare e saper essere).

Essendo corretta la diagnosi, pure la terapia suggerita da Meloni è in gran parte condivisibile, anche se temo che non bastino gli aggiustamenti organizzativo-gestionali a migliorare significativamente la situazione: infatti, come vado dicendo da anni, è preliminarmente necessaria una “metanoia” (= conversione) del corpo docente, che deve accettare di essere al servizio dell'apprendimento degli studenti e di esserne facilitatore e non asettico trasmettitore di saperi; per realizzare ciò i docenti debbono rinunciare all'individualismo accademico e acconsentire di pianificare collegialmente i contenuti essenziali; questi debbono essere individuati come obiettivi didattici di apprendimento, delimitati in un *core curriculum* condiviso e non più proposti come argomenti di studio autonomamente decisi in ossequio a una libertà d'insegnamento erroneamente interpretata. Infatti solo gli obiettivi didattici, e non i corpi dottrinali delle discipline tradizionali, possono integrarsi in unità di sapere orientate alla professione; e solo al fine di facilitare il conseguimento di questi obiettivi l'indispensabile sinergia pedagogica e didattica può crearsi tra docenti con differenti competenze teoriche e pratiche, dottrinali e professionali.

Solo se si attuano questi presupposti di principio le soluzioni tecniche diventano efficaci, anche se è pur vero che l'accettazione di alcune soluzioni tecniche può strumentalmente aiutare la maturazione dei principi fondanti.

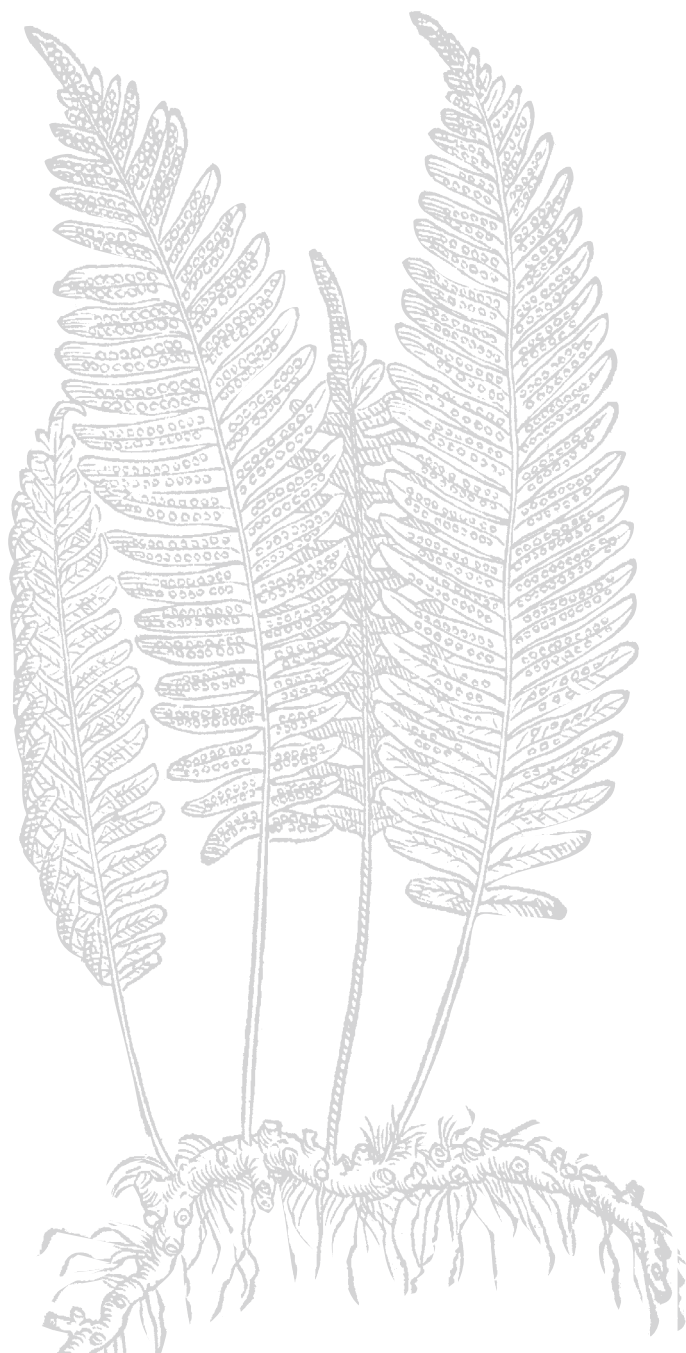
In ogni caso anche le soluzioni tecniche non sono indifferenti e quindi a quelle proposte da Meloni dedicherò le ultime mie brevi osservazioni.

Sono assolutamente d'accordo sull'indispensabilità del potenziamento quantitativo – ma anche qualitativo – della didattica interattiva; ma ciò richiede che: a) si estenda sensibilmente *l'apprendimento per problemi in piccolo gruppo tutoriale*; b) siano disponibili e preparati a questa funzione didattica tutori in numero e qualità adeguati.

Sono anche d'accordo sull'opportunità della riduzione del numero degli esami di profitto; un gruppo di lavoro della Conferenza dei Presidenti di CdLM affronta il problema dell'esame semestrale come strumento che riduca la dimensione di esame dei nostri CdL,

ma che incentivi anche l'integrazione effettiva dei saperi nei momenti dell' insegnamento, dell'apprendimento e della valutazione: tutto ciò – lo ripeto fino alla noia – è integrazione di obiettivi didattici e non di discipline; anche questo traguardo si potrà giovare di un altro strumento che la Conferenza dei Presidenti ha preparato in questi anni: il *Core curriculum*, che ha recentemente dato alle Unità Didattiche Elementari (UDE) che lo compongono il formato anche esteriore di obiettivi didattici proprio per renderlo più adatto ai fini per cui è nato.

Inoltre l'auspicabile riduzione del numero di esami dovrebbe anche tradursi nella diminuzione drastica del tempo dedicato ad essi, a favore di un allungamento dei semestri didattici effettivi oltre le 15 + 15 settimane, e ciò soprat-



tutto per incentivare i periodi di tirocinio; in quest'ottica vanno bene anche i tirocini estivi.

Nutro invece qualche dubbio sulla reale capacità di raggiungere i fini proposti da parte di un internato - per forza piuttosto breve - presso un Istituto biologico: la ricerca di base ha oggi i suoi ritmi e le sue metodologie, che sono difficilmente acquisibili da parte di un viandante frettoloso; per il sacrosanto obiettivo di aprire le giovani menti al metodo scientifico vedrei più efficace un mutamento nell'approccio didattico ai contenuti biologici, ma qui il discorso si farebbe troppo lungo; d'altra parte la decisione di un futuro di ricercatore puro, che resta comunque apannaggio di una *élite* intellettuale, dovrebbe a mio avviso considerarsi alla stessa stregua della scelta di

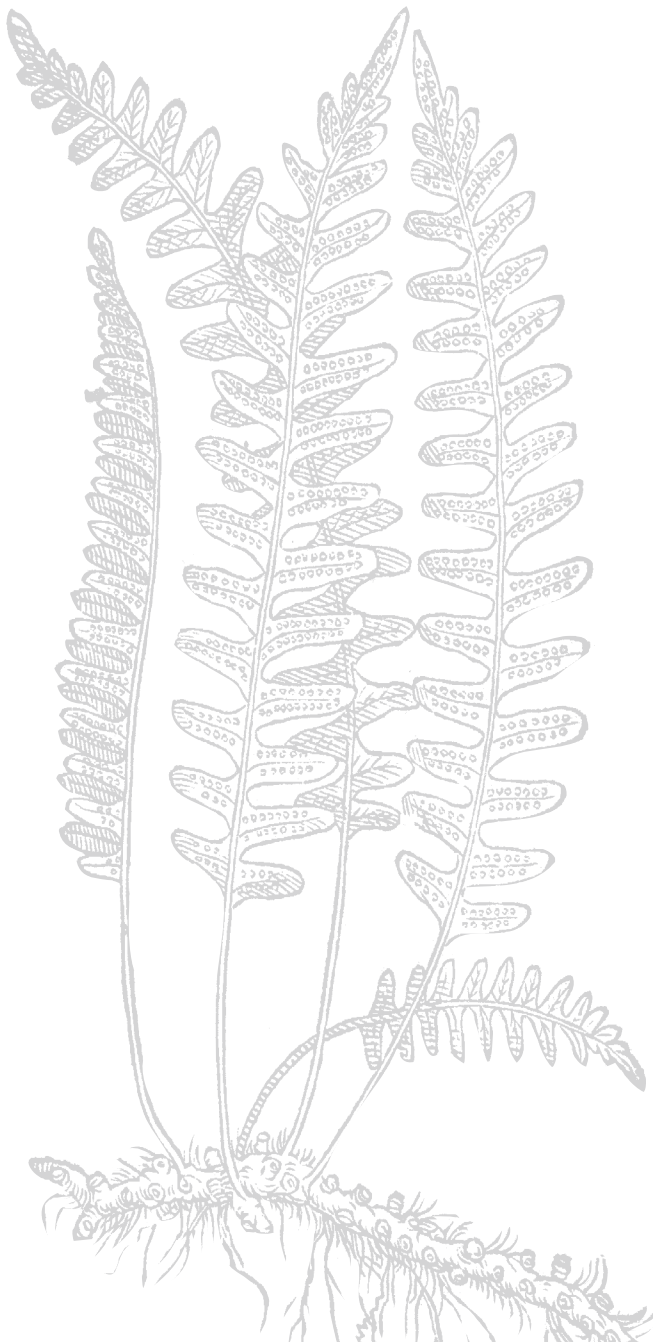
una specializzazione, e quindi collocarsi inderogabilmente dopo la laurea, cioè anche per il ricercatore biologo dopo aver appreso sia pure in modo generale la natura complessa dell'essere umano che sarà oggetto della sua investigazione.

Correndo il rischio dello scandalo sarei addirittura disposto ad accettare la riesumazione dei vecchi "esami complementari", ma nella veste del tutto nuova proposta da Meloni; cioè come verifica separata di conoscenze accessorie di natura più segnatamente specialistica, unica concessione a un orientamento pre-laurea della scelta di una Scuola di specializzazione.

Absolutamente d'accordo sulla necessità d'integrazione anche temporale di insegnamenti quali l'Anatomia e la Fisiologia, oppure di quelli che attengono all'utilizzazione diagnostica delle tecnologie; tuttavia, proprio nella convinzione che al medico serva conoscere il corretto uso di queste tecnologie molto più che i particolari delle procedure e delle tecniche, mi sembrerebbe indispensabile che lo studio di questi contenuti completasse quello relativo alle modalità di presentazione clinica dei differenti quadri morbosi; quindi non si collocasse troppo precocemente al terzo anno, ma piuttosto nella seconda metà del quarto anno o addirittura nel quinto, cioè nel passaggio dalla patologia sistematica alla clinica; viceversa mi sembrerebbe importante che l'approccio fisiopatologico precedesse quello delle patologie sistematiche e nutrisse da vicino l'apprendimento della semeiotica per fornire una chiave d'interpretazione fisiogenetica dei segni e dei sintomi.

Infine ritengo solo un fatto terminologico il chiamare "Metodologia clinica sistematica" ciò che tradizionalmente si sarebbe chiamato "Clinica medica e chirurgica", in quanto per definizione la Clinica (purtroppo oggi abbruttita dagli eccessi tecnologici) è essenzialmente la scienza (e l'arte) del Metodo, che si apprende e si applica prioritariamente nella soluzione di problemi che richiedono decisioni nutrite di conoscenza, ma anche di sensibilità umana.

Ad ogni modo, a proposito di "aree didattico-formative" consiglieri sommamente i lettori di considerare le definizioni anche terminologiche degli "Ambiti culturali integrati" che sono state proposte nell'ultima versione di "*core curriculum*" proposto dalla Conferenza dei Presidenti; esse rappresentano, come la proposta di Meloni, uno dei tanti possibili tentativi



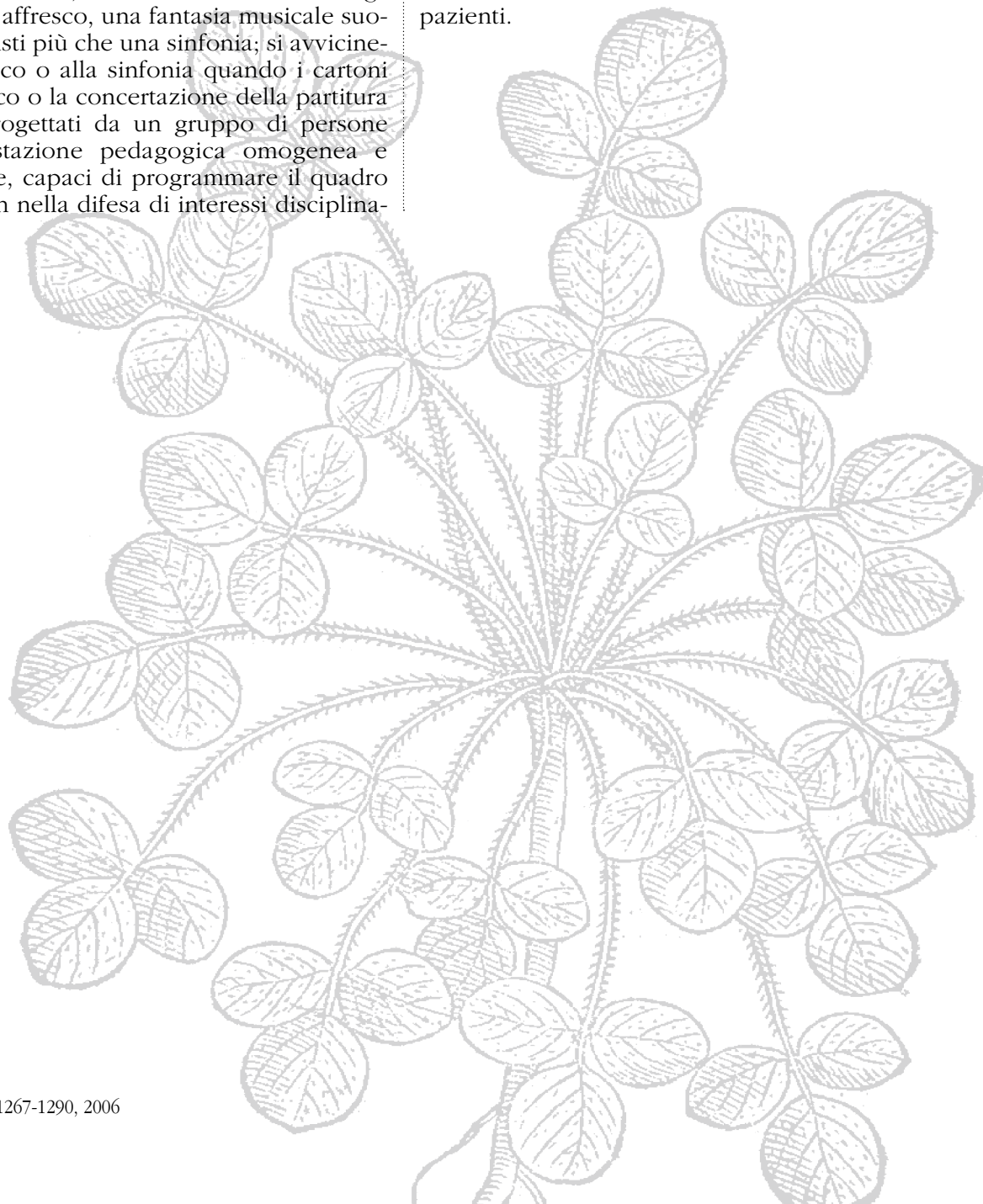
di integrare in modo razionale contenuti dell'apprendimento ragionevolmente integrabili.

Ma purtroppo il problema non è tanto quello di escogitare soluzioni ragionevoli, quanto quello di attuarle; e questa difficoltà è in gran parte legata alle resistenze del corpo docente, sempre così affezionato alle proprie connotazioni disciplinari e in strenua difesa dell'orticello che ciascuna disciplina delimita.

Altre volte ho avuto modo di dire e di scrivere che questo ostacolo non sarà vinto fino a quando il percorso curriculare di ogni CdLM sarà condizionato pressoché esclusivamente dalle decisioni autonome dei singoli docenti che vi afferiscono, così da risultarne un *collage* più che un affresco, una fantasia musicale suonata da solisti più che una sinfonia; si avvicinerà all'affresco o alla sinfonia quando i cartoni per l'affresco o la concertazione della partitura saranno progettati da un gruppo di persone con impostazione pedagogica omogenea e competente, capaci di programmare il quadro globale non nella difesa di interessi disciplina-

ri, ma nell'interesse esclusivo dello studente in apprendimento.

Sulla carta questo gruppo di persone è già previsto: è la Commissione di pianificazione didattico-pedagogica, che per rispondere ai fini per cui è stata pensata non dovrebbe rappresentare il luogo di tutela degli interessi particolari di categoria (biologi, clinici o tecnodiagnosti, medici o chirurghi, generalisti o specialisti...) e dovrebbe invece dare coerenza e unità al percorso curriculare della propria sede, fruendo delle risorse locali e della disponibilità collegiale di *tutti* i docenti per realizzare la propria *mission* specifica; ciò nell'interesse esclusivo dei futuri medici e dei loro futuri pazienti.



L'organizzazione didattica del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Roma "La Sapienza" II Facoltà

Giuseppe Familiari¹, Paolo Falaschi², Vincenzo Ziparo³ (Roma)

Il contesto internazionale e l'innovazione

Numerose innovazioni nel campo dell'educazione medica hanno portato, in molti paesi, a radicali cambiamenti nella metodologia dell'insegnamento e nei contenuti dei corsi stessi, anche se è tutt'ora in discussione, nella letteratura internazionale, se la missione formativa primaria dei corsi di medicina debba essere quella di formare dei medici o quella di educare futuri scienziati (Putnam, 2006; Weatherall, 2006). Tuttavia non è ancora semplice stabilire quanto l'innovazione sia in grado, effettivamente, di migliorare la qualità del medico in relazione alle sempre maggiori e complesse aspettative di salute della popolazione.

Sulla base di quanto ampiamente discusso dalla Comunità Scientifica Europea (De Koonig et al., 1999), le caratteristiche qualificanti di un buon medico dovrebbero essere una buona capacità di contatto umano, l'abilità ad analizzare e risolvere problemi, l'abilità ad acquisire autonomamente le informazioni (*continuing education*), l'abilità a valutare criticamente le stesse informazioni (*continuous learning*), l'abilità ad acquisire nuove conoscenze insieme con una buona pratica clinica basata sulle evidenze scientifiche (*evidence based medicine*) e ad una buona pratica di lavoro interdisciplinare ed interprofessionale.

Su queste basi importanti, le parole chiave del metodo didattico utili al raggiungimento di queste caratteristiche dovrebbero quindi prevedere l'integrazione dei saperi, un metodo di insegnamento prevalentemente basato sul *problem oriented learning*, il contatto precoce con il paziente, una buona acquisizione dell'abilità clinica insieme ad una buona acquisizione dell'abilità al contatto umano (De Koonig et al., 1999).

La missione formativa specifica

Il progetto didattico attivato nell'ormai lontano 1999 all'interno del nostro Corso di Laurea Specialistica, in una visione del processo educativo come sperimentazione, può essere definito di tipo innovativo, con un profilo, dichiarato esplicitamente, di tipo biomedico-psico-sociale

(Familiari, 2000; Familiari et al., 2001; Torsoli et al., 2000).

Si è pensato che questo modello potesse rispondere in maniera più adeguata alle nuove esigenze di cura e salute, in quanto centrato non soltanto sulla malattia, ma soprattutto sull'uomo ammalato, considerato nella sua globalità di soma e psiche ed inserito in un contesto sociale. La formazione medica così orientata è stata inoltre vista come il primo segmento di un'educazione che deve durare nel tempo, ed in quest'ottica sono state calibrate le conoscenze che lo studente deve acquisire in questa fase, dando giusta importanza all'autoapprendimento, alle esperienze non solo in Ospedale ma anche nel territorio, all'epidemiologia, per lo sviluppo del ragionamento clinico e della cultura della prevenzione.

Il progetto didattico, il metodo di insegnamento

Il metodo d'insegnamento adottato è basato sull'integrazione verticale ed orizzontale delle discipline, sull'interattività, sulla multidisciplinarietà e sul precoce coinvolgimento clinico degli studenti (sin dal I anno di corso, con l'anamnesi psico-sociale al letto del paziente, e nel II anno di corso con l'acquisizione delle tecniche di BLS) che vengono subito orientati ad un corretto approccio con il paziente. Il processo d'insegnamento si avvale, potenziandone l'uso, dei moderni strumenti didattici, costituiti dal sistema tutoriale, dal *trigger* clinico, dal *problem oriented learning*, dall'*experiential learning*, dal *problem solving*, dal *decision making* e dall'ampio utilizzo di seminari e conferenze. È stato utilizzato il *portfolio* nella valutazione totale dello studente alla laurea (dal 1999 gli studenti hanno un libretto su cui annotano tutte le loro attività cliniche professionalizzanti ed elettive, compresi gli internati esterni e altre attività extracurricolari) e la tecnica del gioco di ruolo, per valutare l'effettiva competenza raggiunta. È stata prestata particolare attenzione all'apprendimento della lingua inglese, delle metodologie informatiche (con esame specifico) ed al corretto uso delle fonti bibliografiche (Familiari, 2000; Familiari et al., 2001; Torsoli et al., 2000).

Le scienze di base e le discipline cliniche sono presentate per tutta la durata del corso con una visione unitaria e fortemente integrata. I fon-

¹Presidente CCLS

²Vice-Presidente CCLM

³Preside, II Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

damenti teorici sono arricchiti con applicazioni pratiche. È inoltre prevista l'attiva partecipazione degli studenti all'iter formativo, tramite: il coinvolgimento nella pianificazione di una ricerca di base nei primi tre anni di corso, l'apprendimento delle basi semeiologiche delle scienze cliniche al letto del malato e nei laboratori nel periodo intermedio (tirocinio professionalizzante organizzato come attività guidata tutoriale con certificazione del livello di abilità, nel III anno di corso), la frequenza delle corsie e degli ambulatori universitari (tirocinio clinico - *clinical clerkship* - con certificazione da parte del tutore delle abilità raggiunte dal IV al VI anno di corso) e territoriali, come quelli dei Medici di Medicina Generale (attivato nel 2002, facoltativo dal IV anno di corso, obbligatorio nel V e VI anno), per il completamento del tirocinio clinico negli ultimi anni del corso e il periodo d'internato ai fini della preparazione della tesi di laurea. È prestata particolare attenzione alla patologia, centrata sulla malattia, integrandola alla clinica, centrata sul malato (Familiari, 2000; Familiari et al., 2001; Torsoli et al., 2000).

Deve essere ancora sottolineato come, nell'organizzazione dei corsi, si sia privilegiata l'integrazione delle diverse discipline, cercando di evitare una pericolosa frammentazione del sapere medico. Integrazione che si è proposta sia come metodo d'erogazione della didattica (lezioni a più voci), sia come momento collegiale di verifica delle conoscenze (test scritto, esame al letto del malato, prova orale).

Molti dei contenuti essenziali del nostro Progetto Didattico anticipano il Manifesto degli Intenti della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea per il triennio 2000-2002 (Danieli, 2000) e le raccomandazioni della *World Federation on Medical Education* in tema di standard internazionali di base e di sviluppo della qualità nel campo dell'educazione biomedica, pubblicati nell'anno 2000 (WFME, 2000).

Il Corso integrato pluriennale di metodologia medico-scientifica e scienze umane

È stato istituito, dal 1999, il corso integrato pluriennale di metodologia medico scientifica e scienze umane. Tale corso accompagna lo studente lungo l'intero percorso formativo (I-VI anno). A tutti è nota l'importanza del metodo in medicina, sia per quanto riguarda la conoscenza della metodologia medica e delle sue regole secondo i principi della medicina basata sulle evidenze, sia per la metodologia clinica applicata al singolo malato. Per soddisfare tale esigenza, è stato quindi attivato questo corso, modificato ed

ottimizzato più volte nel corso degli anni, e sottoposto ancora a continua revisione culturale.

Alla graduale acquisizione del metodo è affiancata la formazione umanistica degli studenti. Essi possono in tal modo crescere dal punto di vista scientifico e sviluppare parimenti una maggiore sensibilità alle problematiche etiche e socio-economiche, che consenta di interagire con il paziente nella sua interezza di uomo ammalato, secondo la concezione della *whole person medicine*. In questo modo si risponde alla crescente esigenza di un riavvicinamento della figura del medico a quella dell'uomo malato, sempre più allontanato da una pratica medica univocamente tecnologica. In quest'ambito, si è cercato di utilizzare anche la cosiddetta medicina narrativa, unitamente a griglie di riflessione, come strumento importante nell'acquisizione di una competenza emotiva e professionale vera da parte dello studente (utilizzata dagli Psicologi e dagli Psichiatri nel corso di Metodologia e nel corso di Psichiatria).

Alcune considerazioni finali

Abbiamo ritenuto utile elaborare un'organizzazione didattica fortemente integrata, flessibile e modificabile, con l'intento di una sperimentazione scientifica, nella intenzione di promuovere negli studenti la capacità ad acquisire conoscenze non in modo frammentario bensì integrato, e di mantenerle vive non solo a breve ma anche a più lungo termine.

Lo studente è stato considerato perno del processo formativo, sia nella progettazione didattica che nel miglioramento dell'intero *curriculum*, allo scopo di potenziarne l'autonomia d'iniziativa. La corretta erogazione e coordinazione delle attività didattiche teoriche e pratiche si svolge sotto il diretto controllo della Commissione Tecnico Pedagogica e del Nucleo di Valutazione Qualità. Tali organi del Corso di Laurea analizzano, insieme agli studenti che vi partecipano, i problemi emergenti, cui si cerca la possibile soluzione in tempi brevi. Tali organi hanno anche curato la preparazione metodologica ed etica dei Docenti, attraverso seminari specifici.

Una solida base di conoscenza clinica è assicurata allo studente attraverso l'organizzazione di tirocini certificati basati sulla didattica tutoriale, insieme con una forte comprensione del metodo medico-scientifico e delle scienze umane. Una vera competenza professionale si raggiunge, a nostro avviso, solo dopo una lunga consuetudine al contatto col paziente, che viene promossa sin dal primo anno di corso ed integrata alle scienze di base e cliniche, lungo tutto il loro percorso for-

mativo attraverso un ampio utilizzo delle attività tutoriali.

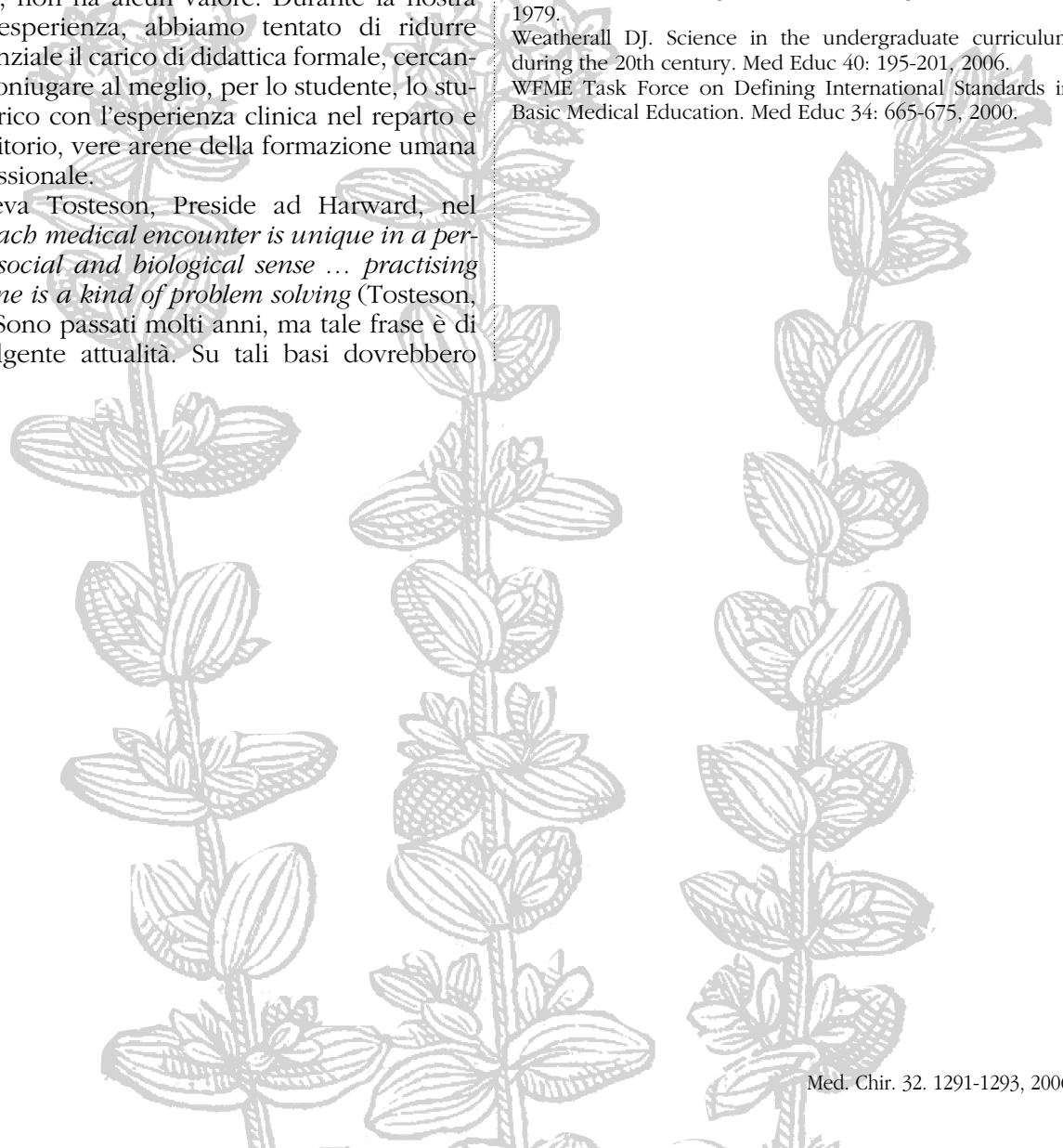
La risposta al dilemma sulla formazione di un medico o di uno scienziato (Putnam, 2006; Weatherall, 2006), può essere trovata, a nostro avviso, nel giusto equilibrio d'integrazione tra: 1) scienze di base, che debbono essere ampie e prevedere la conoscenza della biologia evolutivista e della complessità biologica, 2) pratica medica clinica e metodologica, che deve essere particolarmente solida, attraverso un ampio utilizzo della didattica tutoriale capace di trasformare la conoscenza teorica in vissuto personale e di costruire la propria scala di valori e interessi, 3) scienze umane, che debbono costituire un bagaglio utile a raggiungere la consapevolezza dell'essere medico. La conoscenza di queste ultime, senza che il Docente sappia trasmettere con l'esempio il valore antropologico dell'essere medico, non ha alcun valore. Durante la nostra breve esperienza, abbiamo tentato di ridurre all'essenziale il carico di didattica formale, cercando di coniugare al meglio, per lo studente, lo studio teorico con l'esperienza clinica nel reparto e nel territorio, vere arene della formazione umana e professionale.

Scriveva Tosteson, Preside ad Harvard, nel 1979: *each medical encounter is unique in a personal, social and biological sense ... practising medicine is a kind of problem solving* (Tosteson, 1979). Sono passati molti anni, ma tale frase è di sconvolgente attualità. Su tali basi dovrebbero

essere formati i medici, oggi.

Bibliografia

- Danieli G. Manifesto d'intenti per il triennio 2000-2002. *MEDIC*, 8: 200-203, 2000.
- De Koonig J, Linders N, Smolders F, Willemstein S. *Medical Education in Europe. An Antology of Med-Net Conference Presentations*, Maastricht, 1999.
- Familiari G. Profilo bio-psico-sociale a Roma La Sapienza, II Facoltà. *Med Chir* 15: 557-561, 2000.
- Familiari G, Falaschi P, Vecchione A. La nuova laurea specialistica in Medicina e Chirurgia e la formazione di un medico con una cultura bio-medico-psico-sociale. *Med Chir* 16: 591-596, 2001.
- Putnam CE. Reform and innovation: a repeating pattern during a half century of medical education in the USA. *Med Educ* 40: 227-234, 2006.
- Torsoli A., Cascino A., Familiari G, Gallo P, Gazzaniga P, Rinaldi C, Della Rocca C, Renda T, Serra P e Frati L. Un'ipotesi di curriculum integrato pre-laurea. *MEDIC* 20: 204-210, 2000.
- Tosteson DC. Learning in medicine. *N Engl J Med* 301: 690, 1979.
- Weatherall DJ. Science in the undergraduate curriculum during the 20th century. *Med Educ* 40: 195-201, 2006.
- WFME Task Force on Defining International Standards in Basic Medical Education. *Med Educ* 34: 665-675, 2000.



L'accesso ai documenti amministrativi dopo le leggi numeri 15 e 80 del 2005

Maria Paola Landini¹, Paolo De Angelis² (Bologna)

Introduzione

Il nuovo diritto d'accesso

Articolo 22 Definizioni e principi in materia di accesso, commi 1, 2, 3, 4, 5, 6

Articolo 24 Esclusione dal diritto di accesso, commi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

Articolo 25 Modalità di esercizio del diritto di accesso e ricorsi, commi 4, 5, 5 bis, 6

Articolo 27 Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi, commi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

Introduzione

Una delle più rilevanti disposizioni normative dello scorso secolo, la legge 08 agosto 1990 n. 241 (da ora, L. 241), ha recentemente subito un completo restyling che impone una doverosa riflessione.

La legge 241/90 aveva subito nel tempo alcuni interventi di modifica solo settoriali (per citarne uno, quello in tema di conferenza di servizi).

La legge 11 febbraio 2005 n. 15 costituisce, invece, la prima effettiva modifica che incide sulla legge nel suo complesso. Il testo, che trae origine da un disegno di legge presentato nel 2000, come può leggersi nella Relazione Preliminare disponibile sul sito del Senato¹ nonostante i diversi passaggi nei due rami del Parlamento ha sempre perseguito quale nucleo centrale i seguenti obiettivi:

- richiamo al principio di legalità;
- possibilità per le pubbliche amministrazioni di utilizzare gli strumenti privatistici;
- riduzione dell'area dell'invalidità degli atti.

A questo nucleo si sono aggiunti, nel tempo, ulteriori aspetti qualificanti; in particolare, in prima lettura (10.04.03) il Senato ha riscritto la norma in tema di diritto d'accesso; in prima lettura (22.10.03) la Camera ha rivisitato la norma in tema di conferenza dei servizi; in seconda lettura (21.07.04) il Senato ha meglio regolamentato il rapporto tra diritto d'accesso e tutela dei dati personali; infine, la Camera ha approvato definitivamente il testo in data 26.01.05².

Pochi mesi dopo l'approvazione della legge

15/05 (da ora, L. 15) l'originario articolato della legge è stato fatto oggetto di un ulteriore intervento contenuto nel D.L. 14.03.05 n. 35, convertito con modificazioni nella Legge 14.05.05, n. 80. Il contenuto della legge 80/05 (da ora, L. 80) è completamente differente da quello della L. 15; infatti, mentre quest'ultima come già accennato e come meglio sarà detto in seguito si poneva l'obiettivo di incidere proprio sulla L. 241 per migliorarne i contenuti o aggiungervi alcuni elementi, la L. 80 è una legge che tratta diversi argomenti (contiene, cioè, disposizioni urgenti nell'ambito del Piano di azione per lo sviluppo economico, sociale e territoriale. Deleghe al Governo per la modifica del codice di procedura civile in materia di processo di cassazione e di arbitrato nonché per la riforma organica della disciplina delle procedure concorsuali) e, dunque, nelle parti in cui va ad incidere sulle disposizioni in materia di procedimento amministrativo lo fa in modo che potremmo definire indiretto, perseguendo, come si vedrà in sede di commento degli specifici articoli, diverse finalità. A differenza di quanto contenuto nella L. 15, dunque, la modifica alla L. 241, contenuta nella L. 80 è l'effetto e non l'oggetto dell'intervento riformatore.

Ad avviso di taluni³ la novella legislativa modifica, quanto meno in parte, la *ratio* originaria della legge nel senso che se con la L. 241 "...l'attività della pubblica amministrazione veniva ricostruita dal punto di vista del cittadino..." e aveva avuto quale principale obiettivo quello di procedimentalizzare l'attività amministrativa; la L. 15 disciplina non l'attività amministrativa procedimentalizzata bensì "...l'esercizio del potere amministrativo dal punto di vista dell'amministrazione; l'azione amministrativa, l'effettività del risultato dell'azione come valore a fronte del quale...il tema delle garanzie delle posizioni soggettive appare quantomeno appannato". Certamente, può dirsi che la nuova legge in molte parti, come verrà rilevato nel testo, contiene delle disposizioni che in prima battuta mirano più a tutelare la pubblica amministrazione che il cittadino⁴; occorrerà verificare, però, che uso degli stessi sarà fatto dai dirigenti e dai funzionari pubblici. Un esempio per meglio com-

¹Preside della Facoltà

²Coordinatore dei Servizi di Facoltà
Facoltà di Medicina e Chirurgia Alma Mater Studiorum -
Università di Bologna

¹ Legislatura 14^o - Disegno di Legge N. 1281 - Relazione Preliminare, in www.senato.it.

² Per un attento esame dell'iter della legge 15/05 si rinvia a E. Battisti, *L'iter del disegno di legge di modifica della legge 241/1990*, in www.giustamm.it.

³ Ci riferiamo in particolare a O. Forlenza, *Un'enfatizzazione del principio di efficacia a scapito delle garanzie di tutela dei cittadini*, in Guida al Diritto, 3/05, pag. 42.

Articolo 22 Definizioni e principi in materia di accesso, commi 1, 2, 3, 4, 5, 6

1. Ai fini del presente capo si intende:

a) per "diritto di accesso", il diritto degli interessati di prendere visione e di estrarre copia di documenti amministrativi;

b) per "interessati", tutti i soggetti privati, compresi quelli portatori di interessi pubblici o diffusi, che abbiano un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso;

c) per "controinteressati", tutti i soggetti, individuati o facilmente individuabili in base alla natura del documento richiesto, che dall'esercizio dell'accesso vedrebbero compromesso il loro diritto alla riservatezza;

d) per "documento amministrativo", ogni rappresentazione grafica, fotocinematografica, elettromagnetica o di qualunque altra specie del contenuto di atti, anche interni o non relativi ad uno specifico procedimento, detenuti da una pubblica amministrazione e concernenti attività di pubblico interesse, indipendentemente dalla natura pubblicistica o privatistica della loro disciplina sostanziale;

e) per "pubblica amministrazione", tutti i soggetti di diritto pubblico e i soggetti di diritto privato limitatamente alla loro attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale o comunitario.

2. L'accesso ai documenti amministrativi, attese le sue rilevanti finalità di pubblico interesse, costituisce principio generale dell'attività amministrativa al fine di favorire la partecipazione e di assicurarne l'imparzialità e la trasparenza, ed attiene ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione. Resta ferma la potestà delle regioni e degli enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze, di garantire livelli ulteriori di tutela.

3. Tutti i documenti amministrativi sono accessibili, ad eccezione di quelli indicati all'articolo 24, commi 1, 2, 3, 5 e 6.

4. Non sono accessibili le informazioni in possesso di una pubblica amministrazione che non abbiano forma di documento amministrativo, salvo quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, in materia di accesso a dati personali da parte della persona cui i dati si riferiscono.

5. L'acquisizione di documenti amministrativi da parte di soggetti pubblici, ove non rientrante nella previsione dell'articolo 43, comma 2, del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, si informa al principio di leale cooperazione istituzionale.

6. Il diritto di accesso è esercitabile fino a quando la pubblica amministrazione ha l'obbligo di detenere i documenti amministrativi ai quali si chiede di accedere.

prendere quanto intendo affermare: è senz'altro vero che con l'applicazione del nuovo Capo IV *bis* un atto della pubblica amministrazione che prima dell'entrata in vigore della normativa di riforma sarebbe stato dichiarato invalido può adesso produrre effetti; è altrettanto vero che se quell'atto realmente ha raggiunto il suo scopo e non avrebbe potuto essere diverso anche se non avesse contenuto l'invalidità riscontrata, il costringere la pubblica amministrazione a compierlo nuovamente potrebbe sortire l'unico effetto di irrigidire le procedure, a scapito, in ultima analisi, anche del cittadino. Una pubblica amministrazione libera da lacci formalistici può meglio gestire i propri impegni,

⁴ D'altronde, già l'importanza della "originaria" Legge 241/90 era stata rinvenuta proprio nel fatto che essa operava "...contemporaneamente su due versanti: quello garantista nei riguardi del cittadino e quello della efficienza e della trasparenza del potere amministrativo...": E. Casetta, *Profili della evoluzione dei rapporti tra cittadini e pubblica amministrazione*, in *Diritto Amministrativo*, 1993, 6, pag. 5.

⁵ Cons. St., VI, 19.07.94, n. 1243 in Cons. St. '94, I, 1131.

garantire in modo migliore il soddisfacimento degli interessi pubblici e privati connessi alle proprie attività. Certamente è questo cui la legge di riforma mira. Se la pubblica amministrazione ha ormai la maturità per sfruttare queste "gaurantigie" non per il proprio tornaconto ma per essere maggiormente libera di perseguire i fini che le sono propri, sarà il tempo a dirlo.

Il nuovo diritto d'accesso

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

assicurare un servizio costante ai cittadini (dal punto di vista del soggetto che deve consentire l'accesso) e nell'articolo 21 che sancisce il diritto all'informazione (dal punto di vista del soggetto che chiede l'ostensione dei documenti). Si tratta di un principio molto sentito anche in ambito comunitario tant'è che nella ratificanda Costituzione Europea ben due articoli (I-50 e II-102) affermano il compito delle Istituzioni, anche Comunitarie, di operare nel modo più trasparente possibile e, per fare questo, di riconoscere sempre più massicciamente il diritto d'accesso agli atti.

La novella del 2005 ha inciso fortemente sul contenuto del diritto che ne esce ancora più rafforzato.

Anticipando alcuni spunti di quanto sarà in seguito descritto, può dirsi che il nuovo diritto d'accesso:

- sancisce l'ammissione dell'accesso agli atti privati della pubblica amministrazione;
- rende esperibile l'accesso nei confronti degli atti degli Enti privati;
- prevede una limitazione temporale all'esercizio del diritto;
- amplia i limiti all'accesso;
- fissa quale minimo inderogabile i principi in essa espressi;
- introduce notevoli poteri giurisdizionali in capo alla Commissione d'accesso;
- definisce in modo migliore il tormentato rapporto con il diritto alla tutela dei dati personali.

Prima di procedere all'esame del testo normativo è necessario premettere una breve disamina delle norme di diritto transitorio introdotte dall'articolo 23 commi 2 e 3 della L. 15:

- il comma 2 autorizza il Governo, entro tre mesi (è già trascorso più di un anno...) ad adottare un regolamento sull'accesso, modificativo di quello esistente (come noto, D.P.R. 27.06.92, n. 352);
- il comma 3 prevede che in attesa di questo regolamento abbiano efficacia soltanto un numero ridottissimo di disposizioni; in particolare, soltanto i commi 5, 5-bis e 6 dell'art. 25 della L. 241. In particolare:
 - il comma 5 prevede il ricorso avverso il diniego d'accesso presentato in pendenza di ricorso amministrativo e la giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo;
 - il comma 5-bis prevede la rappresentanza personale in giudizio;
 - il comma 6 disciplina i poteri del giudice amministrativo.

Di questa norma transitoria occorre tenere conto, non solo nella lettura della successiva parte del testo ma, soprattutto, nella concreta applicazione del diritto.

Nelle prossime pagine tutte le innovazioni introdotte saranno esaminate secondo l'articolato normativo. Dopo l'esposizione delle novità contenute

negli articoli (in carattere nero le parti non modificate, in blu le modifiche apportate dalla L. 15, in rosso le modifiche apportate dalla L. 80), si procederà al commento degli stessi.

Come oramai abitudine in tutti i recenti testi legislativi, il primo comma del primo degli articoli dedicati al diritto d'accesso si apre con l'elenco dei termini, e della corrispondente definizione, più rilevanti in materia.

La lettera a) del comma 1 dell'articolo 22 attribuisce all'accesso la definizione di "diritto", inoltre prevede in cosa esso consista.

- Quanto alla natura giuridica del diritto d'accesso, in assenza di una esplicita presa di posizione da parte del Legislatore, si sono succeduti diversi orientamenti. Dapprima, si è pensato che esso potesse essere qualificato come un diritto potestativo esercitabile nei confronti dei pubblici poteri; poi, ci si è chiesti se potesse essere considerato un vero e proprio diritto soggettivo ovvero, data la possibilità che esso venga compresso, se sia preferibile attribuirgli la natura di interesse legittimo. Successivamente, il Consiglio di Stato, sulla scorta della prevalente dottrina, ha riconosciuto al diritto di accesso la natura di diritto soggettivo pubblico (volto a conseguire le finalità della L. 241) e, come tale, utilizzabile a tutela di supposte lesioni sia di diritti soggettivi che di interessi legittimi⁵; peraltro, quale diritto soggettivo pubblico, esso rappresenta un diritto autonomo esercitabile anche indipendentemente dalla pendenza di un procedimento giurisdizionale⁶. Infine, la natura di interesse legittimo della posizione soggettiva che caratterizza l'esercente il diritto d'accesso sembrava diffusamente affermata⁷ anche se, pur dopo l'intervento dell'Adunanza Plenaria, non erano mancate voci discordanti sia del giudice ordinario che delle sezioni semplici del Consiglio di Stato. Peraltro, occorre chiarire che la problematica non è meramente di scuola in quanto propendere per l'una o per l'altra tesi comporta differenze anche notevoli nel concreto esercizio del diritto:

- quanto al termine per l'esercizio dell'azione, esso è perentorio se trattasi di interesse legittimo (90 gg.), non impedisce la riproponibilità dell'azione entro il termine prescrizione se trattasi di interesse legittimo;
- quanto a eventuali elementi aggiunti nel corso del giudizio, essi non sono possibili se trattasi di

⁵ Cons. St., VI, 07.05.96, n. 649 in Foro Amm., '97, 1640.

⁷ "...il ricorso previsto a tutela del <<diritto>> d'accesso ai documenti amministrativi ex art. 25 L. 241 del 1990 ha natura impugnatoria di un provvedimento autoritativo di diniego (o dell'inerzia) dell'amministrazione, per cui tale giudizio è sottoposto alla generale disciplina del processo amministrativo. E', infatti, comunque ravvisabile una posizione di interesse legittimo, tutelata dall'art. 103 Cost., quando un provvedimento amministrativo è impugnabile

interesse legittimo mentre sono ammissibili propendendo per la tesi del diritto soggettivo;

- quanto alla notificazione del ricorso, essa è necessaria nei confronti di almeno uno dei controinteressati in caso di interesse legittimo, non è necessaria, potendo il giudice ordinare l'integrazione del contraddittorio, qualora si verta in tema di diritto soggettivo.

Nel tempo, per dimostrare la correttezza di una o l'altra delle teorie sono stati richiamati diversi elementi.

- A favore della tesi del diritto soggettivo si è sostenuto: il carattere letterale utilizzato dal Legislatore ("diritto"); l'assenza di parametri valutativi in capo alla pubblica amministrazione ricevente una richiesta di accesso; il potere ordinatorio del giudice amministrativo nei confronti della pubblica amministrazione a seguito dell'accoglimento del ricorso; la *ratio* dell'accesso quale istituto volto a consentire all'interessato l'ottenimento della conoscenza di un documento a lui necessario.

- A favore della tesi dell'interesse legittimo si è sostenuto: l'esistenza di un termine perentorio per l'esercizio dell'azione; la *ratio* dell'accesso quale istituto non tutelato di per sé, ma volto a consentire la trasparenza dell'azione amministrativa; la possibilità per la pubblica amministrazione di differire o negare l'esercizio dell'azione attraverso l'esercizio di poteri discrezionali.

Su questa situazione si è innestata la novella legislativa. Alla luce di quanto sopra detto e dal tenore di quanto in essa contenuto pare potersi affermare che l'azione volta ad ottenere l'accesso sia da considerarsi un diritto soggettivo. A questa soluzione si giunge in via interpretativa considerando non solo che il Legislatore utilizza il termine "diritto" e, poste le controversie sopra ricordate, non può certo dirsi che possa avere voluto utilizzare un termine "atecnico", ma anche considerando l'avvenuta attribuzione delle controversie in tema di accesso alla giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo⁸.

- Quanto al contenuto del diritto, nella vigenza della vecchia normativa si riteneva che il diritto d'accesso potesse essere concesso, a tutela della riservatezza di terzi, anche mediante la semplice visione del documento, senza, cioè, la connessa estrazione di copia. Questa interpretazione pare

come di regola entro un termine perentorio; e ciò anche se esso incide su posizioni che, nel linguaggio comune, sono più spesso definite come di <<diritto>>, termine da considerarsi atecnico". Cons. St., Ad. Plen., 24.06.99, n. 16.

⁸ In questo senso, sia pure in forma dubitativa, tra gli altri, M. Ciammola, *Il diritto di accesso ai documenti dopo la legge n. 15 del 2005: natura, soggetti legittimati e ambito applicativo*, in www.giustamm.it, pag. 32; L. Lamberti, *Il diritto di accesso ai documenti amministrativi dopo la legge*

oggi superata sia perché il rapporto tra accesso e privacy è espressamente regolamentato (come vedremo di qui a poco nel commento dell'articolo 24), sia perché l'articolo 22 del codice parla espressamente di "visione e estrazione" ad intendere che le modalità siano connesse tra loro e non smembrabili⁹.

La lettera b) del comma 1 dell'articolo 22 definisce la nozione (e l'estensione) degli interessati.

La nuova disposizione pone sostanzialmente tre affermazioni; possono esercitare il diritto d'accesso: (1) esclusivamente i soggetti privati (sia per interessi propri che per interessi pubblici o diffusi), purchè (2) il loro interesse sia diretto, concreto e attuale e corrisponda a situazioni giuridicamente tutelate e semprechè (3) vi sia un collegamento tra la situazione giuridica tutelata e il documento per il quale è richiesto l'accesso.

1. Quanto al punto 1, la nuova disposizione sembra avere esteso l'area degli interessati essendo, ora, tali non solo i privati portatori di interessi propri ma anche i portatori di interessi pubblici e diffusi¹⁰. Particolare rilievo assume l'espressa indicazione dei portatori di interessi diffusi tra i soggetti legittimati all'esercizio del diritto; infatti, fino ad oggi nonostante vi fosse stata nel tempo una progressiva apertura giurisprudenziale, si riteneva che le associazioni esponenziali di interessi diffusi potessero esercitare il diritto solo laddove esistesse un nesso pertinenziale tra l'oggetto dell'accesso e i fini statuari dell'Ente. Benché sia ovvio che anche i portatori di interessi diffusi debbano sottostare ai requisiti di cui ai successivi punti 2 e 3, è comunque palese che l'intervento del Legislatore sia stato particolarmente rilevante.

2. Quanto al punto 2, il nuovo articolo 22 sancisce in via legislativa quanto contenuto sia nel regolamento sull'accesso sia nelle prevalenti pronunce del giudice amministrativo: l'interesse deve essere diretto, concreto, attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente legittimata. Se non vi sono particolari dubbi circa l'interpretazione dei termini "diretto" (ossia appartenente alla sfera dell'interessato) e "concreto" (cioè, connesso ad un bene della vita effettivamente esistente e tutelabile anche tramite l'accesso a quello specifico documento richiesto), non semplice è compren-

15/2005, in www.giustamm.it, pag. 5.

⁹ Così S. Mezzacapo, *Entrata in vigore dopo il regolamento*, in Guida al Diritto, 3/05, pag. 85.

¹⁰ Possono definirsi diffusi quegli interessi che sono riferibili ad una pluralità indeterminata di soggetti non costituenti una categoria o un gruppo omogeneo; l'interesse diffuso, quindi, sarebbe latente nella collettività e, dunque, privo di titolare.

¹¹ La prima soluzione è fatta propria da A. Ceniccola, *Il diritto d'accesso dopo la legge n. 15/2005*, in www.diritto.it, pag. 2;

dere cosa debba intendersi per “attuale”. Quanto al termine attuale, infatti, se esso fosse da riferirsi all’attualità dell’interesse ad agire in giudizio si tornerebbe a mettere in dubbio un postulato ormai acquisito secondo cui il diritto d’accesso non deve possedere necessariamente tutti i requisiti che legittimerebbero il ricorso al giudice amministrativo; pertanto con uno sforzo interpretativo si deve considerare che l’attualità vada considerata rispetto all’esercizio del diritto d’accesso stesso o alla tutela del bene della vita sottostante¹¹. Quanto, infine, alla corrispondenza con la “situazione giuridicamente tutelata”, è consolidato l’orientamento secondo cui con questa locuzione si escludano interessi di mero fatto ma si includano non solo le posizioni di diritto soggettivo e interesse legittimo ma anche altre posizioni quali, ad esempio, le aspettative di diritto.

3. Infine, l’articolo 22 chiede anche che la situazione giuridicamente tutelata sia collegata al documento del quale si chiede l’accesso. Questa affermazione, in combinato disposto con quanto contenuto nell’articolo 24 laddove si esclude che l’accesso possa essere esercitato al solo fine di verificare l’andamento dell’azione amministrativa, serve a precisare che affinché possa esperirsi l’accesso il richiedente deve comunque trovarsi in una posizione differenziata rispetto alla generalità dei consociati. Cioè, l’accedente deve avere bisogno proprio di quel documento al fine di curare interessi propri.

In definitiva, alla luce delle novità sopra illustrate, possono porsi alcune considerazioni:

- innanzitutto, emerge già in quanto ora illustrato (e risulterà ancora più esplicito quando, nel commento dell’articolo 24, si tratterà del rapporto tra accesso e *privacy*) che la nuova disciplina amplia il margine discrezionale in capo alla pubblica amministrazione ricevente la richiesta d’accesso. E’ indubbio, infatti, che al fine di consentire l’accesso la pubblica amministrazione dovrà vagliare ogni elemento valutativo in ordine alla legittimazione del richiedente e al nesso tra posizione giuridica sostenuta e documento richiesto;
- poi, proprio il maggiore ambito discrezionale concesso alla pubblica amministrazione rende necessario non solo motivare la richiesta d’accesso (motivazione già richiesta nel vecchio testo e mantenuta nell’articolo 25 comma 2, non modificato) ma anche fornire motivazioni ben circostanziate

la seconda da M. Ciammola, *Il diritto di accesso ai documenti dopo la legge n. 15 del 2005: natura, soggetti legittimati e ambito applicativo*, in www.giustamm.it, pag. 41.

¹² Dello stesso avviso, prima della novella legislativa Corte Cost., 02.12.04, n. 372, secondo cui il diritto d’accesso deve essere temperato “...con l’interesse pubblico al buon andamento dell’Amministrazione...”.

per assicurare gli elementi analizzati nei precedenti punti 1 – 3. Ebbene, l’obbligo motivazionale potrebbe scontrarsi sia con quanto previsto in materia ambientale (per la cui disamina si rinvia al successivo punto) sia con il principio di libera conoscibilità più volte sostenuto dall’Unione Europea (si pensi, ad esempio, all’articolo 6 del regolamento 30.05.01, n. 1049 in materia di accesso ai documenti del Parlamento Europeo, del Consiglio e della Commissione); d’altronde non si deve dimenticare che la volontà del Legislatore è fortemente orientata non solo a evitare che il diritto d’accesso sia esercitato per meri fini personali non connessi a situazioni giuridiche identificabili e tutelabili dall’ordinamento, ma anche a rendere armonico il rapporto tra diritto d’accesso e sostenibilità dello stesso da parte della pubblica amministrazione ricevente la richiesta (si pensi soprattutto al comma 3 dell’articolo 24 nella parte in cui precisa che l’accesso non possa essere preordinato ad un controllo generalizzato dell’attività della pubblica amministrazione)¹²;

- ancora, risultano esclusi dal novero degli interessati gli Enti pubblici; come si vedrà nel commento del comma 5 del presente articolo (al quale si rinvia), questa esclusione, che a prima vista può sembrare illogica è ampiamente motivata;
- infine, come già anticipato, un breve approfondimento merita anche il rapporto tra il diritto d’accesso di cui alla normativa in commento e quello delineato in materia ambientale. Già prima dell’emanazione della recente normativa in materia, l’allora vigente D.Lgs. 39/97 prevedeva una dilatazione sia dell’elemento soggettivo sia di quello oggettivo; analogamente la giurisprudenza anche comunitaria in materia di accesso ambientale ha sempre considerato il diritto dei cittadini ad essere informati sulle tematiche ambientali quali un diritto individuale di carattere generale¹³.

Recentemente, in attuazione della Direttiva Europea 28.01.03, n. 4/CE sull’accesso del pubblico all’informazione ambientale, è stato emanato il D.Lgs. 19.08.05, n. 195; questo testo prevede una fattispecie di accesso che potremmo dire essere in rapporto di *species* a *genus* rispetto al diritto d’accesso (generale) prefigurato nella legge 241¹⁴. Il diritto d’accesso ambientale si caratterizza sostanzialmente, secondo quanto già avveniva nella vigenza del D.Lgs. 39/97, per una maggiore estensione sia dei soggetti legittimati sia delle informazioni accessibili, per una riduzione dei casi di esclusione:

- quanto all’elemento soggettivo non è necessario alcun interesse diretto, concreto e attuale né che

¹³ Da ultimo, Corte di Giustizia Europea, 21.04.04, n. C/186.

¹⁴ Quale esercizio “particolare” del diritto d’accesso, oltre a quello ambientale sono stati individuati, tra i principali, i seguenti: articolo 10 L. 241/90 (accesso partecipativo),

questo dia origine ad una qualsiasi situazione giuridica in qualche modo collegata al documento del quale si chiede l'ostensione;

- quanto al contenuto dell'accesso, è tale non soltanto il documento amministrativo ma qualsiasi informazione detenuta dalla pubblica amministrazione;

- quanto ai casi di esclusione essi sono tutti previsti nel testo normativo (non è previsto, cioè, un rinvio a specifici regolamenti Ministeriali, come previsto per l'ipotesi "generale di accesso") e sono sostanzialmente riconducibili alle richieste irragionevoli, a quelle incomplete e a quelle che possono ledere interessi specificamente individuati.

Come sostenuto in dottrina, la disciplina del diritto d'accesso in materia ambientale viene a configurarsi quale una sorta di azione popolare, giustificata dalla particolarità della natura dell'interesse tutelato¹⁵.

La lettera c) del comma 1 dell'articolo 22 definisce la nozione relativa ai cd. controinteressati.

Tali sono, secondo l'indicazione della norma, tutti coloro che vedrebbero compromesso l'interesse alla riservatezza a causa dell'esercizio del diritto d'accesso. Già dalla definizione può evincersi una prima limitazione: non è controinteressato chiunque possa subire qualsiasi compromissione di generici interessi, bensì soltanto chi possa subire compromissione della riservatezza¹⁶; ulteriore limitazione è data dalla circostanza che soggetti potenzialmente aventi le caratteristiche per essere definiti controinteressati possano non esserlo laddove non siano previamente individuati o facilmente individuabili. Si rendono opportune alcune riflessioni:

- innanzitutto, se è vero che la maggior parte dei casi in cui taluno possa considerarsi controinteressato rispetto ad una richiesta d'accesso agli atti è

rivenibile in ipotesi di tutela della riservatezza, non può ritenersi essere questo l'unico interesse avente i requisiti tali da individuare la figura del controinteressato¹⁷; pertanto, sarebbe forse stato preferibile che il Legislatore individuasse la figura del controinteressato senza prestare esclusiva attenzione al rapporto con l'interesse alla riservatezza;

- poi, si legge nel testo che i controinteressati sono tali solo se previamente individuati o facilmente individuabili; probabilmente in questo caso il Legislatore ha accorpato due concetti.

Probabilmente in questa definizione si sono voluti esprimere un concetto sostanziale e un concetto processuale. Il passaggio, cioè, è da interpretare nel senso che sono controinteressati tutti coloro i quali possiedano un interesse alla riservatezza connesso al documento di cui si chiede l'ostensione, che i controinteressati devono essere in qualche modo informati dell'avvio del procedimento ostensivo (questa parte è del tutto mancante nel testo come vedremo anche successivamente), che l'obbligo della comunicazione dell'avvio del procedimento ai controinteressati può venire meno laddove gli stessi non siano previamente individuati o facilmente individuabili. In definitiva, la *ratio* dell'esclusione per i soggetti non individuabili è chiara, ragionevole (secondo quanto già affermato, volta a tutelare la pubblica amministrazione) e coerente con quanto contenuto anche in altre parti del testo (ad esempio, l'articolo 21-*bis*); probabilmente, però, la forma utilizzata non è delle migliori;

- infine, non è spiegato nel testo quali diritti (o interessi) possiedano i controinteressati. Possibile che i controinteressati entrino in gioco solo nel caso in cui sia già pendente un ricorso (articolo 25 comma 4)? O forse il Legislatore ha dato per scon-

articoli 10 e 43 D.Lgs. 267/00 (accesso dei cittadini e dei consiglieri), l'articolo 391-*quater* del codice di procedura penale (accesso in materia di indagini difensive). Per ulteriori ipotesi di accesso si rinvia a M. Ciammola, *Il diritto di accesso ai documenti dopo la legge n. 15 del 2005: natura, soggetti legittimati e ambito applicativo*, in www.giustamm.it, pag. 62, nota 147.

¹⁵ "E' dunque un dato acquisito quello per cui nel più ampio sistema, delineato dalla legge 7 agosto 1990 n. 241...si innesta la disciplina speciale, di origine comunitaria, che riguarda propriamente la libertà d'accesso alle informazioni in materia di ambiente, introducendo quell'azione popolare che la giurisprudenza aveva negato in relazione alla disciplina contenuta nella legge n. 241 del 1990...": S. Mezzacapo, *Il legislatore concede l'azione popolare negata dalla legge sulla trasparenza*, in Guida al Diritto, 46/05, pag. 24.

¹⁶ D'altronde, mentre inizialmente si riteneva che solo la pubblica amministrazione ricevente la domanda di accesso potesse in qualche modo dirsi avere un interesse opposto

rispetto a quello dell'accedente (per il mantenimento delle informazioni in modo segreto), successivamente quando si è realmente compreso che la trasparenza dovesse essere uno dei principi portanti l'attività delle pubbliche autorità, si è iniziato a riflettere sulla possibilità che a ogni richiesta di accesso potessero essere connessi ulteriori interessi privati; questa impostazione è stata suffragata da tutta la normativa sulla privacy, il cui stretto rapporto con il diritto d'accesso si è configurato, proprio, a tutela di coloro che a fronte di una richiesta d'accesso potevano vedere compromessi interessi personali. Pertanto, la tutela della riservatezza quale rovescio della medaglia del diritto d'accesso e, dunque, il riconoscimento della natura di controinteressato a chi a seguito di istanze d'accesso potesse vedere minato il diritto alla riservatezza è stato riconosciuto, dapprima in modo isolato, poi sempre più ampiamente dalla giurisprudenza e, infine, nel testo in commento.

¹⁷ Si pensi ad esempio ad una fattispecie concorsuale, laddove ad una richiesta d'accesso ad un elaborato possano

tata l'acquisizione giurisprudenziale secondo cui essi devono comunque essere informati dell'avvio di un procedimento per l'accesso agli atti, possono intervenire nello stesso, presentare istanze e impugnare decisioni? Se questa tesi, per la quale si propende, è maggiormente coerente con il testo della legge e sarà accettata, non può che ribadirsi una certa eccessiva brevità nell'esposizione di un concetto particolarmente rilevante e con connesse conseguenze anche di notevole entità, come si vedrà nella parte dedicata al rapporto tra accesso e *privacy*.

La lettera d) del comma 1 dell'articolo 22 definisce il documento amministrativo. Rispetto alla previgente normativa si segnala l'estensione del documento accessibile: è tale, infatti, non soltanto l'atto formato dalla pubblica amministrazione cui si chiede l'accesso ma anche quello da essa detenuto¹⁸; non soltanto l'atto di natura pubblicistica ma anche quello di natura privatistica purchè, ovviamente, concernenti svolgimento di attività di pubblico interesse.

La lettera e) del comma 1 dell'articolo 22 (andandosi a sovrapporre con l'articolo 23, non modificato!) precisa quale sia la pubblica amministrazione cui la disciplina si applica. Anche sotto questo punto di vista la normativa fa proprie le più recenti considerazioni della giurisprudenza laddove sono stati inclusi nel novero della pubblica amministrazione anche i gestori di pubblici servizi e ogni altro soggetto, benché privato, che svolga attività di interesse pubblico. La disposizione è certamente onnicomprensiva ed è tale da fare ritenere che il Legislatore sia stato animato da volontà sostanzialistica (tesa a consentire quanto più possibile l'esercizio del diritto) più che formalistica (alla luce della quale, forse, si sarebbe dovuto circoscrivere il campo di applicazione a quei soggetti che possiedono i requisiti, definiti dalla giurisprudenza comunitaria, di organismo di diritto pubblico¹⁹).

Il comma 2 dell'articolo 22, memore della riforma costituzionale del 2001, si preoccupa di ripartire la competenza in materia di diritto d'accesso. Nell'ambito del commento dell'articolo 29 si spiegheranno le ragioni per cui ciò si rende necessario

essere connessi interessi rilevanti, non solo del candidato del cui elaborato si chiedi l'ostensione ma, ad esempio, anche di quello che sia risultato vincitore della procedura: non è quest'ultimo controinteressato a tutti gli effetti?

¹⁸ Si rammenta che il DPR 352/90 prevedeva espressamente che l'accesso potesse essere escluso se fossero richiesti atti non formati dalla pubblica amministrazione alla quale essi erano richiesti.

¹⁹ Secondo l'interpretazione data all'articolo 1, lett. b, comma 2 Direttiva 93/37 CEE dalla Corte di Giustizia Europea (15.01.98), affinché possa parlarsi di organismo di diritto pubblico è necessaria la contemporanea presen-

(il Legislatore costituzionale non ha previsto quale materia riservata in via esclusiva allo Stato quella amministrativa), quale sia stata la soluzione accolta dalla novella per tutto il resto dei principi in essa contenuti (applicabilità diretta su tutto il territorio per le disposizioni in tema di giustizia amministrativa, applicabilità solo per le amministrazioni statali e gli enti pubblici nazionali per tutte le altre disposizioni) e quali siano le problematiche connesse a questa soluzione; in questa sede, quale premessa, è sufficiente dire che per il diritto d'accesso il Legislatore ha inteso individuare una soluzione differente da quella adottata per tutte le altre materie comprese nella L. 241. La soluzione è quella di considerare il diritto d'accesso quale un principio attinente ai diritti civili e sociali da garantirsi su tutto il territorio ai sensi del comma 2 lettera m) dell'articolo 117 della Costituzione. Dunque, il diritto d'accesso disciplinato negli articoli in commento viene a configurarsi quale un minimum da assicurarsi a tutti essendo lasciato alla competenza regionale la possibilità di prevedere livelli di trattamento soltanto migliorativi²⁰.

Quanto al comma 3, in esso si opera un'affermazione di principio (generalizzata accessibilità di tutti i documenti) ed un rinvio per la sua limitazione (ai casi contemplati nell'articolo 24).

Quanto al comma 4, in esso si chiarisce che oggetto dell'accesso sono soltanto i documenti amministrativi; pertanto, ad esclusione di quanto previsto in tema di *privacy* (laddove è previsto un obbligo per la pubblica amministrazione di consentire l'accesso a dati relativi ai singoli richiedenti) la pubblica amministrazione non può essere costretta a fornire dati non costituiti nella forma di documenti escludendosi, pertanto, l'obbligo di elaborare informazioni, predisporre dati o generiche informazioni che non costituiscano già documenti in senso proprio.

Quanto al comma 5, esso costituisce la diretta conseguenza dell'esclusione (ad opera del comma 2 del presente articolo) della pubblica amministrazione tra i soggetti interessati. Il comma 5 prevede l'ipotesi ordinaria in cui l'acquisizione di informazioni tra pubbliche amministrazioni avvenga ai

za di tre criteri: il possesso della personalità giuridica, la sottoposizione ad influenza pubblica, il fine costituito dal soddisfacimento di bisogni di interesse generale non aventi carattere industriale o commerciale.

²⁰ Questa disposizione sembra profilare una sorta di autonomia del diritto ad accedere ai documenti; diritto, cioè, esercitabile di per sé a prescindere del bene della vita cui è collegato. In realtà, questa soluzione non può essere accolta sia per quanto già detto in tema di soggetti interessati, sia per quanto si dirà trattando del bilanciamento degli interessi tra accesso e riservatezza.

²¹ In questo senso, A. Ferruti, *Il differimento dell'accesso ai*

Articolo 24 Esclusione dal diritto di accesso, commi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

1. Il diritto di accesso è escluso:

a) per i documenti coperti da segreto di Stato ai sensi della legge 24 ottobre 1977, n. 801, e successive modificazioni, e nei casi di segreto o di divieto di divulgazione espressamente previsti dalla legge, dal regolamento governativo di cui al comma 6 e dalle pubbliche amministrazioni ai sensi del comma 2 del presente articolo;

b) nei procedimenti tributari, per i quali restano ferme le particolari norme che li regolano;

c) nei confronti dell'attività della pubblica amministrazione diretta all'emanazione di atti normativi, amministrativi generali, di pianificazione e di programmazione, per i quali restano ferme le particolari norme che ne regolano la formazione;

d) nei procedimenti selettivi, nei confronti dei documenti amministrativi contenenti informazioni di carattere psico-attitudinale relativi a terzi.

2. Le singole pubbliche amministrazioni individuano le categorie di documenti da esse formati o comunque rientranti nella loro disponibilità sottratti all'accesso ai sensi del comma 1.

3. Non sono ammissibili istanze di accesso preordinate ad un controllo generalizzato dell'operato delle pubbliche amministrazioni.

4. L'accesso ai documenti amministrativi non può essere negato ove sia sufficiente fare ricorso al potere di differimento.

5. I documenti contenenti informazioni connesse agli interessi di cui al comma 1 sono considerati segreti solo nell'ambito e nei limiti di tale connessione. A tale fine le pubbliche amministrazioni fissano, per ogni categoria di documenti, anche l'eventuale periodo di tempo per il quale essi sono sottratti all'accesso.

6. Con regolamento, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, il Governo può prevedere casi di sottrazione all'accesso di documenti amministrativi:

a) quando, al di fuori delle ipotesi disciplinate dall'articolo 12 della legge 24 ottobre 1977, n. 801, dalla loro divulgazione possa derivare una lesione, specifica e individuata, alla sicurezza e alla difesa nazionale, all'esercizio della sovranità nazionale e alla continuità e alla correttezza delle relazioni internazionali, con particolare riferimento alle ipotesi previste dai trattati e dalle relative leggi di attuazione;

b) quando l'accesso possa arrecare pregiudizio ai processi di formazione, di determinazione e di attuazione della politica monetaria e valutaria;

c) quando i documenti riguardino le strutture, i mezzi, le dotazioni, il personale e le azioni strettamente strumentali alla tutela dell'ordine pubblico, alla prevenzione e alla repressione della criminalità con particolare riferimento alle tecniche investigative, alla identità delle fonti di informazione e alla sicurezza dei beni e delle persone coinvolte, all'attività di polizia giudiziaria e di conduzione delle indagini;

d) quando i documenti riguardino la vita privata o la riservatezza di persone fisiche, persone giuridiche, gruppi, imprese e associazioni, con particolare riferimento agli interessi epistolare, sanitario, professionale, finanziario, industriale e commerciale di cui siano in concreto titolari, ancorché i relativi dati siano forniti all'amministrazione dagli stessi soggetti cui si riferiscono;

e) quando i documenti riguardino l'attività in corso di contrattazione collettiva nazionale di lavoro e gli atti interni connessi all'espletamento del relativo mandato.

7. Deve comunque essere garantito ai richiedenti l'accesso ai documenti amministrativi la cui conoscenza sia necessaria per curare o per difendere i propri interessi giuridici. Nel caso di documenti contenenti dati sensibili e giudiziari, l'accesso è consentito nei limiti in cui sia strettamente indispensabile e nei termini previsti dall'articolo 60 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, in caso di dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

sensi dell'articolo 43, comma 2, del D.P.R. 445/00 (ossia mediante consultazione diretta) e l'ipotesi residuale in cui, non essendo ciò possibile, l'acquisizione di informazioni si informata al principio della leale collaborazione di derivazione costituzionale (articolo 120 Cost.). Questa disposizione ha un senso in quanto in questo modo si semplificano i rapporti tra pubbliche amministrazioni posto che non sembra necessaria alcuna motiva-

zione della richiesta di accesso né alcun vincolo di alcun tipo nel seguire procedure formali; se connessa, inoltre, con il nuovo articolo 3-bis, che prevede l'incentivazione dell'uso della telematica, questa disposizione dovrebbe servire a rendere maggiormente efficiente l'attività amministrativa.

Infine, il comma 6, sempre nell'ottica di non imporre alla pubblica amministrazione pesi inutili, sancisce che l'accesso possa essere esercitato sol-

teresse protetto e specificamente individuato nei punti precedenti e fintantoché perduri tale connessione;

- il comma 3 dell'articolo 24 esclude l'accesso se preordinato a un controllo generalizzato dell'attività della pubblica amministrazione, a tutela dell'efficienza della stessa e ad evitare pericolose disfunzioni;

- il comma 7 esclude l'accesso laddove vi siano particolari esigenze di riservatezza (su questo punto, di particolare interesse e complessità, si rinvia alla disamina che sarà fornita al termine del commento del presente articolo).

2. Le esclusioni di natura regolamentare nazionale sono sancite nel comma 6 dell'articolo 24 il quale prevede che il Governo possa adottare ulteriori casi di sottrazione all'accesso di documenti amministrativi quando sussistano esigenze di tutelare:

- la sicurezza, la difesa nazionale e le relazioni internazionali;

- la tutela degli interessi monetari e valutari;

- l'ordine pubblico;

- la vita privata o la riservatezza di persone fisiche o giuridiche;

- l'attività in corso in materia di contrattazione collettiva.

3. Le esclusioni di natura regionale o locale sono tutte quelle che, ai sensi dell'interpretazione sopra accolta del comma 2 dell'articolo 22, possono essere emanate da Regione ed Enti Locali per consentire un ampliamento dei principi contenuti nella L. 241 che, come detto, costituiscono un *minimum* da assicurarsi a tutti essendo lasciato alla competenza regionale la possibilità di prevedere livelli di trattamento migliorativi.

4. Per quanto riguarda le esclusioni di natura amministrativa, si ritiene che esse non comprendono solo quanto espressamente previsto nei commi 2 e 5 dell'articolo in commento; ossia, laddove ad ogni singola pubblica amministrazione è consentito di adottare specifiche regolamentazioni volte a individuare le categorie di documenti da esse formate rientranti nei casi elencati e il periodo temporale dell'esclusione. Infatti, nonostante che questa previsione sia prevista subito dopo l'elenco delle esclusioni contenute espressamente nel testo, si deve ritenere più coerente che l'attività della pubblica amministrazione in essa prevista sia esperibile in tutti i casi in cui, a prescindere da quale ne sia la fonte, sono sanciti casi di esclusione del diritto d'accesso. Inoltre, in questa sede deve precisarsi che si ritiene compreso nell'ambito dei poteri concessi alla pubblica amministrazione anche il cd. potere di differimento, previsto nel

comma 4 dell'articolo 24. Il potere di differimento, già presente nella vecchia normativa, consta del potere concesso alla pubblica amministrazione ricevente una richiesta di ostensione di non negare la stessa ma di differire l'accesso ad un momento successivo, possibilmente determinato o, comunque, determinabile. La nuova disposizione sembra più generica ma, in sostanza, pone a base dell'opzione per il differimento non già esigenze di natura amministrativa bensì di natura sostanziale. Lascia perplessi soltanto il fatto che il comma in commento non disciplini il differimento mentre il comma 3 dell'articolo 25, non modificato, precisa al riguardo che la disciplina applicabile per il differimento è quella prevista nel comma 4 dell'articolo 24: la soluzione preferibile è quella secondo la quale anche questo aspetto dovrà essere regolamentato nell'emanando regolamento sostitutivo del D.P.R. 352/90²¹.

In conclusione del commento dell'articolo 24, merita un approfondimento in sé quanto contenuto nel comma 7 dell'articolo stesso, in materia di rapporto tra diritto d'accesso e diritto alla riservatezza dei dati personali.

Operando, dapprima, una ricostruzione storica, può dirsi che sono esistiti diversi periodi in cui il bilanciamento tra gli interessi sopra indicati si è atteggiato in diverso modo²²:

1. dopo l'emanazione della normativa sull'accesso e prima di quella sulla *privacy*, già l'art. 24 della L. 241 e l'art. 8 del D.P.R. 352/92 prevedevano la necessità di un bilanciamento tra la riservatezza dei terzi e l'esigenza che ai richiedenti fosse garantita la visione di quegli atti la cui conoscenza fosse opportuna per curare o difendere i propri interessi. Dunque, la normativa vigente prima della emanazione della Legge sulla *privacy* non garantiva il diritto alla riservatezza in termini assoluti, ma prevedeva che questo recedesse in presenza di un opposto e prevalente diritto all'accesso esercitato per la difesa di un interesse giuridico²³; tale criterio si ricava da quanto previsto dall'articolo 8 del D.P.R. 352/92 il quale, nel disciplinare le modalità di esercizio del diritto ed i suoi casi di esclusione, ha sottratto all'accesso i documenti che riguardano la vita privata o la riservatezza delle persone, ma non quando l'accesso a tali documenti dovesse essere esercitato per la difesa di un interesse da parte del richiedente.

2. La prima legge in materia di tutela dei dati personali (L. 31.12.96, n. 675), pur assumendo un rango particolare imposto dal suo collegamento con la Convenzione di Strasburgo, non sembra stravolgere la suddetta impostazione. Essa,

documenti amministrativi dopo la legge 15/2005, in www.lexitalia.it, pag. 1.

²² Preliminarmente è opportuno precisare che i dati personali sono classificati in tre categorie di rilevanza crescente: dati comuni (ossia quelli meno rilevanti, quali

infatti, a seguito anche della modifica contenuta nel D.Lgs. 135/99, dopo avere precisato che la comunicazione di dati personali da parte di enti pubblici è ammessa solo se espressamente prevista da norme di legge o di regolamento (articolo 27, comma 3) e che il trattamento di dati sensibili è ammesso solo se autorizzato da norma di legge che ne preveda anche i dati trattabili, le operazioni eseguibili e le finalità di interesse pubblico perseguite (articolo 22, comma 3):

- autorizza, senza necessità di alcun consenso, il trattamento, la diffusione ed il trasferimento all'estero dei dati personali provenienti da registri, elenchi, atti o documenti pubblici conoscibili da chiunque (rispettivamente, art. 12 comma 1 lettera c), art. 20 comma 1 lettera b) e articolo 28 comma 4 lettera f));

- prevede che i soggetti pubblici possano comunicare e diffondere dati personali ai privati in presenza di specifiche disposizioni legislative o regolamentari (articolo 27 comma 3);

- infine, in materia di accesso ai documenti, lascia ferme le vigenti disposizioni in quanto compatibili (articolo 43 comma 2). Quanto ai dati cd. *super* sensibili, ne consente il trattamento solo se il diritto da fare valere e difendere è di rango almeno pari a quello dell'interessato.

3. La vigente normativa in materia di tutela dei dati personali (D.Lgs. 30.06.96, n. 196), sotto questo aspetto, conferma sostanzialmente quanto ora precisato. Innanzitutto, l'art. 24 comma 1 lett. c) e l'articolo 43 comma 1 autorizzano, senza necessità di alcun consenso, rispettivamente, il trattamento, la diffusione ed il trasferimento all'estero (se vi è il consenso o esso è da considerarsi necessario) dei dati personali provenienti da registri, elenchi, atti o documenti pubblici conoscibili da chiunque; poi, l'articolo 19 comma 3 prevede che i soggetti pubblici possano comunicare e diffondere dati personali ai privati in presenza di specifiche disposizioni legislative o regolamentari; infine, soprattutto, l'articolo 59, in materia di accesso ai documenti, lascia ferme le vigenti disposizioni in

Legge / Dato	Dati comuni	Dati sensibili	Dati super sensibili
Riferimento normativo	art. 24, c. 7, alinea 1 L. 241	art. 24, c. 7, alinea 2 L. 241	art. 24, c. 7, alinea 2 L. 241 e art. 60 D.Lgs. 196/03
Principio applicabile	Il diritto d'accesso prevale su quello alla riservatezza se non esiste altro modo per ottenere le informazioni e semprechè la richiesta sia correlata alla necessità di curare o difendere interessi giuridici (processuali, giustiziali o procedimentali)	Il diritto d'accesso prevale su quello alla riservatezza solo nei limiti in cui sia strettamente indispensabile per la cura di interessi giuridici (processuali, giustiziali o procedimentali)	Non vi è supremazia né dell'uno né dell'altro; spetta al richiedente dimostrare che la rilevanza del diritto da fare valere nella difesa di interessi giuridici (processuali, giustiziali o procedimentali) sia almeno di pari rango all'interesse del controinteressato
Natura del potere esercitato	Vincolata	Discrezionale astratta	Discrezionale concreta

nome, cognome, età, ecc.); dati sensibili (di media rilevanza, quali le opinioni politiche, religiose, ecc.); i dati *super* sensibili (maggiormente protetti, aventi ad oggetti i dati idonei a rilevare le condizioni sessuali o di salute).

²³ Dapprima, Cons. St., IV, 26.11.93, n. 1036, in Cons. St., '93, I, 1418; idem, 29.07.95, n. 579, in Foro Amm., '96, 1479; Cons. St. Ad. Plen., 25.01.96, n. 5, in Giornale Dir.

Amm., '97, 1016; per i vari criteri seguiti nel bilanciamento di questi interessi v.: Cons. St., VI, 19.07.94, n. 1243, in Riv. Amm., '95, 481; TAR Abruzzo, PE, 30.04.94, n. 257, in Orientamento Giur. Lav., '94, 444; TAR Sicilia, CT, I, 11.09.92, n. 631, in Foro Amm., '94, 974.

²⁴ G. Buttarelli, *Banche dati e tutela della riservatezza*, 1997, pag. 291, nota 211.

quanto compatibili.

Quanto alla possibilità per gli Enti pubblici di compiere il trattamento dei dati:

- per ciò che concerne i dati non sensibili esso è consentito per lo svolgimento di funzioni istituzionali;

- per il trattamento di quelli sensibili è necessario uno specifico consenso dell'interessato a seguito di espressa disposizione di legge che ne preveda le operazioni eseguibili;

- per i cd. dati *super* sensibili è necessario uno specifico consenso scritto del Garante della *privacy*.

Quanto al bilanciamento degli interessi, prevale il diritto d'accesso nel primo caso (dati comuni), è necessario un contemperamento degli interessi nel secondo (dati sensibili), si deve ricorrere ad una valutazione in concreto volta a verificare che l'istanza sia preordinata alla tutela di un interesse pari a quello tutelato dalla riservatezza ovvero consiste in un diritto della personalità o in un altro diritto fondamentale ed inviolabile nel terzo caso (dati *super* sensibili).

Prima di passare all'esame dell'attuale normativa in tema di accesso e all'esame delle soluzioni in essa contenute per bilanciare gli interessi all'accesso e alla riservatezza, è opportuno sottolineare che anche nei casi in cui il diritto di accesso e quello alla *privacy* abbiano ad oggetto lo stesso documento (che in ipotesi taluno richiede, ma la cui conoscibilità potrebbe ledere la riservatezza dei terzi), non è detto che essi entrino in conflitto: infatti, "il documento acquisito ex art. 22 [L. 241] da un soggetto legittimato nel senso sopra esposto, non è "pubblico" ai sensi dell'art. 12, comma 1, lettera c) della legge del 1996 [ora, 24 comma 1 c) D.Lgs. 196/03] e, quindi, non può essere fatto oggetto di trattamento da parte di un terzo ai sensi di quest'ultima disposizione"²⁴. L'accesso ai documenti e l'accesso ai dati personali, cioè, pur potendo avere ad oggetto, in concreto, i medesimi atti, in teoria convivono su due piani separati e il relativo *discrimen* andrebbe trovato nell'oggetto dell'istanza (dati personali, con conseguente applicabilità delle norme del D.Lgs. 196/03, oppure documenti amministrativi, con conseguente applicabilità delle norme della L. 241):

- l'accesso ai documenti è consentito a chiunque sia titolare di un interesse personale e concreto, e per la tutela di situazioni giuridicamente rilevanti anche a contenuto economico. Il richiedente deve motivare la richiesta e può esaminare o estrarre

copia di un documento anche informatico, il quale può contenere informazioni relative a terzi, e può essere reso accessibile nella sua interezza, o depurato delle parti la cui divulgazione sarebbe lesiva della riservatezza altrui²⁵;

- l'accesso ai dati personali, invece, è riservato all'interessato e non presuppone la dimostrazione dell'esistenza del diritto o dell'interesse sottostante; inoltre, non può essere differito né incontralimiti. Al tempo stesso, però, è circoscritto ai dati che riguardano l'interessato e presuppone, quindi, l'esclusione manuale o informatizzata delle informazioni riguardanti i terzi²⁶.

Tutto ciò, ovviamente, su di un piano teorico: quando, peraltro, venga a verificarsi in concreto un conflitto tra i diritti in parola si deve osservare che anche dopo l'entrata in vigore della legge sulla tutela della *privacy* si è andato delineando un orientamento volto a salvaguardare il fondamentale diritto all'accesso agli atti amministrativi: - lo stesso Garante per la protezione dei dati personali aveva già palesato in modo chiaro che la normativa in materia di tutela dei dati personali non ha abrogato le disposizioni sull'accesso ai documenti amministrativi²⁷;

- la Giurisprudenza di merito ha avuto modo di precisare che la prevalenza dell'accesso sulla riservatezza si ricava da quanto previsto dall'art. 43 della citata legge 675 [ora, 59 D.Lgs. 196/03] il quale prevede espressamente che "restano in vigore le vigenti norme in materia d'accesso"²⁸;

- in tal senso si è anche pronunciato il Consiglio di Stato, il quale dapprima ha affermato che l'interesse alla riservatezza, tutelato dalla normativa mediante una limitazione del diritto di accesso, recede quando l'accesso stesso sia stato esercitato per la difesa di un interesse giuridico²⁹; poi, risolvendo una delicata questione attinente al rapporto tra diritto di informazione, diritto di accesso agli atti e diritto alla *privacy*, ha statuito che il diritto di accesso deve sempre essere garantito sia pure nel rispetto della sopravvenuta disciplina di cui alla tutela dei dati personali³⁰.

Su questa situazione si è andato ad innestare il nuovo articolato contenuto nel comma 7 dell'articolo 24 della L. 241 che rappresenta il primo effettivo tentativo di disciplinare in modo organico il rapporto tra gli "opposti" interessi.

Dal combinato delle norme in materia di accesso e *privacy*, risulta dunque che l'accesso può essere chiesto sia a dati personali, sia a documenti:

1. nel caso di accesso ai dati personali, ex articolo 7 D.Lgs. 196/03, l'accesso può essere compiuto solo dal titolare dei dati ed è consentito per un

²⁵ Per quest'ultimo aspetto, vedi Cons. St., VI, 15.04.96, n. 563, in *Enti Pubblici*, '96, 1434.

²⁶ Come confermato già dal Garante nella relazione al Parlamento per l'anno 1997 del 30.04.98.

²⁷ Provvedimento del 16.09.97.

²⁸ TAR Abruzzo, PE, 05.12.97, n. 681, in *Foro It.*, '98, III, 84.

ambito molto esteso;

2. nel caso di accesso ai documenti, l'accesso è consentito anche a terzi purchè, come già visto in sede di disamina del comma 1 dell'articolo 22 della L. 241, essi siano "qualificati".

Prestando attenzione al secondo dei casi sopra indicati, la soluzione del necessario bilanciamento si rinviene dal combinato disposto del comma 7 in commento con gli articoli 59 e 60 del D.Lgs. 196/03. Dalla lettura di essi si desume che:

- quanto all'accesso ai dati comuni, esso è consentito purchè sia necessario per curare o difendere interessi giuridici; trattasi, dunque, di un'ipotesi di semplice soluzione in cui la pubblica amministrazione è vincolata nell'accettazione o meno della richiesta;

- quanto all'accesso ai dati sensibili, l'accesso è consentito solo qualora esso sia strettamente indispensabile; trattasi di una verifica discrezionale che non deve, però, scendere al livello di vagliare gli opposti concreti interessi ma deve focalizzarsi esclusivamente sulla posizione del soggetto che vuole accedere, la cui richiesta deve essere tale da "...dimostrare l'indispensabilità dell'accesso..."²⁹;

- quanto all'accesso ai dati *super* sensibili, esso è consentito solo qualora il rango della situazione giuridicamente rilevante che si intende tutelare con la richiesta di accesso risulti almeno pari al rango dei diritti del controinteressato; anche in questo caso la pubblica amministrazione esercita un potere discrezionale, volto ad analizzare nello specifico i sottostanti beni della vita, quello tutelato dalla richiesta di ostensione e quello tutelato dalla riservatezza, uno dei quali, a seconda della scelta compiuta dalla pubblica amministrazione, sarà compromesso.

Per concludere, pare comodo tracciare uno schema riassuntivo.

Prima dell'intervento riformatore in commento, la tutela giurisdizionale del diritto d'accesso era esperibile in via facoltativa al TAR (entro trenta giorni dal diniego o dalla formazione del silenzio rigetto, con previsione di termini abbreviati – 30 gg. – sia per la decisione di primo grado che per l'eventuale appello) oppure al difensore civico (con obbligo di pronuncia entro 30 gg., in assenza della quale l'accesso era consentito); in caso di pendenza di un ricorso giurisdizionale l'impugnazione avverso il diniego d'accesso poteva essere proposta con istanza presentata al Presidente del TAR e decisa con ordinanza istruttoria.

La legge di riforma, riscrivendo i commi 4, 5,

²⁹ Cons. St., VI, 03.06.97 n. 843, in Cons. St., '97, I, 831.

³⁰ Cons. St., V, 28.01.97, n. 99.

³¹ S. Cimini, Diritto di accesso e riservatezza: il legislatore alla ricerca di nuovi equilibri, www.giustamm.it, pag. 27.

5-bis e 6 dell'articolo 25 apporta svariate innovazioni; la nuova struttura dei ricorsi avverso il diniego d'accesso è la seguente: nel caso di diniego d'accesso oppure di silenzio protratto per 30 gg., il richiedente può chiedere tutela in via giustiziale o in via giurisdizionale. Nel primo caso organi competenti sono il Difensore Civico o la Commissione per l'accesso a seconda della natura dell'Autorità che non ha consentito l'accesso; nel secondo caso competente è il giudice amministrativo in via esclusiva. Nel proseguo del commento saranno illustrati gli aspetti principali di entrambe le procedure contenziose; al termine dell'illustrazione ci si soffermerà su alcuni punti critici.

1. La tutela giustiziale, come visto in apertura del commento, non costituisce una novità della novella del 2005 in quanto già la legge 340/00 aveva introdotto nel tessuto originario della L. 241 la possibilità di ricorrere al difensore civico; il Legislatore del 2005 conferma questa impostazione, definisce meglio la competenza del difensore civico, gli affianca quale ulteriore organo amministrativo la commissione per l'accesso, precisa espressamente i termini del procedimento, configura il rapporto tra quest'ultima ed il Garante della *privacy*, individua la valenza della decisione giustiziale rispetto all'Amministrazione richiesta dell'accesso. Prima di esaminare nel dettaglio gli spunti di novità ora individuati è opportuno chiarire che poiché gli Organi giustiziali "...*pur facendo parte dell'organizzazione amministrativa, non si trovano in una posizione di gerarchica sovraordinazione rispetto all'autorità che ha reso la decisione (espressa o tacita) sulla richiesta di accesso ma, piuttosto, sono ad essa collegati da un rapporto funzionale che si estrinseca nella potestà di decidere sulla richiesta di riesame... da una tale configurazione risulta evidente il riferimento al modello del ricorso gerarchico improprio...*"³².

Quanto agli Organi cui ricorrere:

- la figura del difensore civico (di origine nord-europea) non prevista nella Costituzione è stata introdotta dapprima dalle Regioni e, successivamente, prevista per gli Enti territoriali dalla legge 142/90 (poi trasfusa nel vigente T.U. sulle autonomie locali – articolo 11) che consentiva a Comuni e Province di prevederlo quale Organo garante del buon andamento e dell'imparzialità dell'azione amministrativa;

- la commissione per l'accesso è stata istituita nell'originario testo della L. 241 con compiti di controllo circa il rispetto delle norme in materia di accesso ai documenti da parte della pubblica amministrazione;

³² F. Vetro', *La nuova disciplina dei ricorsi amministrativi e giurisdizionali per la tutela del diritto di accesso*, in www.giustamm.it.

Articolo 25 Modalità di esercizio del diritto di accesso e ricorsi, commi 4, 5, 5 bis, 6

4. Decorsi inutilmente trenta giorni dalla richiesta, questa si intende respinta. In caso di diniego dell'accesso, espresso o tacito, o di differimento dello stesso ai sensi dell'articolo 24, comma 4, il richiedente può presentare ricorso al tribunale amministrativo regionale ai sensi del comma 5, ovvero chiedere, nello stesso termine e nei confronti degli atti delle amministrazioni comunali, provinciali e regionali, al difensore civico competente per ambito territoriale, ove costituito, che sia riesaminata la suddetta determinazione. Qualora tale organo non sia stato istituito, la competenza è attribuita al difensore civico competente per l'ambito territoriale immediatamente superiore. Nei confronti degli atti delle amministrazioni centrali e periferiche dello Stato tale richiesta è inoltrata presso la Commissione per l'accesso di cui all'articolo 27. Il difensore civico o la Commissione per l'accesso si pronunciano entro trenta giorni dalla presentazione dell'istanza. Scaduto infruttuosamente tale termine, il ricorso si intende respinto. Se il difensore civico o la Commissione per l'accesso ritengono illegittimo il diniego o il differimento, ne informano il richiedente e lo comunicano all'autorità disponente. Se questa non emana il provvedimento confermativo motivato entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione del difensore civico o della Commissione, l'accesso è consentito. Qualora il richiedente l'accesso si sia rivolto al difensore civico o alla Commissione, il termine di cui al comma 5 decorre dalla data di ricevimento, da parte del richiedente, dell'esito della sua istanza al difensore civico o alla Commissione stessa. Se l'accesso è negato o differito per motivi inerenti ai dati personali che si riferiscono a soggetti terzi, la Commissione provvede, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, il quale si pronuncia entro il termine di dieci giorni dalla richiesta, decorso inutilmente il quale il parere si intende reso. Qualora un procedimento di cui alla sezione III del capo I del titolo I della parte III del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, o di cui agli articoli 154, 157, 158, 159 e 160 del medesimo decreto legislativo n. 196 del 2003, relativo al trattamento pubblico di dati personali da parte di una pubblica amministrazione, interessi l'accesso ai documenti amministrativi, il Garante per la protezione dei dati personali chiede il parere, obbligatorio e non vincolante, della Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi. La richiesta di parere sospende il termine per la pronuncia del Garante sino all'acquisizione del parere, e comunque per non oltre quindici giorni. Decorso inutilmente detto termine, il Garante adotta la propria decisione.

5. Contro le determinazioni amministrative concernenti il diritto di accesso e nei casi previsti dal comma 4 è dato ricorso, nel termine di trenta giorni, al tribunale amministrativo regionale, il quale decide in camera di consiglio entro trenta giorni dalla scadenza del termine per il deposito del ricorso, uditi i difensori delle parti che ne abbiano fatto richiesta. In pendenza di un ricorso presentato ai sensi della legge 6 dicembre 1971, n. 1034, e successive modificazioni, il ricorso può essere proposto con istanza presentata al presidente e depositata presso la segreteria della sezione cui è assegnato il ricorso, previa notifica all'amministrazione o ai controinteressati, e viene deciso con ordinanza istruttoria adottata in camera di consiglio. La decisione del tribunale è appellabile, entro trenta giorni dalla notifica della stessa, al Consiglio di Stato, il quale decide con le medesime modalità e negli stessi termini. Le controversie relative all'accesso ai documenti amministrativi sono attribuite alla giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo.

5-bis. Nei giudizi in materia di accesso, le parti possono stare in giudizio personalmente senza l'assistenza del difensore. L'amministrazione può essere rappresentata e difesa da un proprio dipendente, purché in possesso della qualifica di dirigente, autorizzato dal rappresentante legale dell'ente.

6. Il giudice amministrativo, sussistendone i presupposti, ordina l'esibizione dei documenti richiesti.

- il ricorso alla tutela giustiziale, che non preclude l'esperibilità del ricorso al TAR, può essere compiuto:

- dinanzi al difensore civico competente per ambito territoriale se presentato avverso pronunce, espresse o tacite, di diniego formate da enti locali e regionali. La norma precisa anche che laddove il difensore civico non sia costituito la competenza transita automaticamente in quello competente per l'ambito territoriale immediatamente superiore;

- dinanzi la commissione nazionale per l'accesso nei confronti di pronunce, espresse o tacite, di diniego formate da Amministrazioni centrali e periferiche dello Stato.

Quanto al procedimento da seguirsi da parte degli Organi sopra indicati, esso non presenta differenze (se non in tema di rapporti con il Garante della *privacy*, ma di questo si tratterà successivamente): il difensore civico e la commissione per l'accesso devono pronunciarsi sull'istanza entro il termine di 30 gg.;

- se la pronuncia è di rigetto o nel termine non vi è pronuncia il ricorrente può presentare ricorso al TAR avverso l'originario diniego (espresso o tacito) della pubblica amministrazione;

giustamm.it, pag. 9.

³³ Per un approfondimento circa gli aspetti del ricorso giurisd-

- se la pronuncia è di accoglimento prende avvio un'ulteriore fase in cui la pubblica amministrazione intimata può lasciare decorrere ulteriori 30 gg. senza pronunciarsi, ed in questo caso l'accesso è consentito, ovvero adottare un provvedimento motivato di ulteriore diniego.

2. In via alternativa rispetto al rimedio giustiziale, ovvero in caso che lo stesso non abbia prodotto esiti, è consentito il ricorso al competente TAR. Trattasi di un procedimento camerale speciale caratterizzato dai seguenti elementi: riduzione del termine per la proposizione del ricorso, per la definizione camerale del giudizio e per la proposizione dell'appello (30 gg. per ciascuna delle tre fasi citate); semplificazione della modalità di difesa processuale (è consentito al privato di stare in difesa personalmente e alla pubblica amministrazione di farsi difendere da un proprio dipendente); tipizzazione del potere del giudice (nella forma dell'ordine di esibizione del documento). Il nuovo articolo 25 individua due ipotesi leggermente differenti di ricorso al TAR:

- il primo, quello normale, laddove il ricorrente si lamenta di un mancato accesso;
- il secondo nel caso in cui l'accesso costituisca una fase, per così dire, incidentale rispetto ad un contenzioso già in essere e per la cui soluzione sia essenziale ottenere l'acquisizione di uno specifico documento. La previsione, ovviamente, individua non un obbligo ma una facoltà in capo al ricorrente; si tratta, peraltro, di una innovazione particolarmente rilevante poiché pone un necessario coordinamento tra due ipotesi di ricorso connesse ma, senza questo intervento normativo, non facilmente trattabili nel medesimo giudizio³³.

Come accennato in precedenza, la normativa introdotta pone alcuni punti critici che saranno brevemente tratteggiati nelle prossime pagine.

1. Creazione di nuove ipotesi silenzio significativo. Contrariamente alla volontà da più parti espressa, in *primis* dalle norme della legge in commento relative ai principi generali, l'articolo 25 introduce due nuove figure di silenzio significativo. Se uno, quello attribuito alla pubblica amministrazione ricevente la pronuncia giustiziale motivata di accoglimento dell'istanza è, quantomeno, un silenzio assenso (ossia, come visto, se la pubblica amministrazione non si pronuncia entro 30 gg. dalla comunicazione della decisione giustiziale, l'accesso è consentito), l'altro configura addirittura un'ipotesi di silenzio rifiuto. Infatti, il comma 4 dell'articolo 25 prevede che "Il difensore civico o la Commissione per l'accesso si

zionale si rinvia a M. Lipari, *Il processo in materia di accesso ai documenti (dopo la l. 11 febbraio 2005 n. 15)*, in *www.giustamm.it*, passim, ma in particolare, pagg. 27-34.

³⁴ O. Forlenza, *Difensore civico, tutela alternativa al giudi-*

pronunciano entro trenta giorni dalla presentazione dell'istanza. Scaduto infruttuosamente tale termine, il ricorso si intende respinto".

2. Competenza degli organi giustiziali e loro rapporto con il Garante della *privacy*.

- Quanto alla competenza, si è visto che essa in materia di tutela giustiziale spetta alternativamente al difensore civico o alla commissione per l'accesso, in ragione della natura della pubblica amministrazione che ha negato l'accesso; in particolare che la competenza sia del difensore civico se si sia chiesta l'ostensione di atti a un ente territoriale, sia della commissione nazionale se si sia chiesta l'ostensione di atti a una pubblica amministrazione statale, nazionale o periferica. Pertanto, deve ritenersi che "...*ambedue gli organi non abbiano poteri di tutela del diritto d'accesso nei confronti di atti di <<oggetti di diritto pubblico>> diversi dallo Stato e dagli enti pubblici territoriali...*"³⁴ e, dunque, soprattutto, che i richiedenti l'accesso avverso atti di pubblica amministrazione non ricompresa nelle due categorie sopra individuate non possono godere del rimedio giustiziale essendo per loro utilizzabile solo lo strumento giurisdizionale.

- Quanto al rapporto con il Garante della *privacy*, il comma 4 dell'articolo 25 prevede che nel caso in cui il diniego o il differimento d'accesso sono stati disposti per motivi inerenti ai dati personali che si riferiscono a soggetti terzi, la commissione provvede sentito il garante, che si pronuncia entro il termine di 10 giorni dalla richiesta, decorso il quale il parere si intende reso; reciprocamente, nel caso di un procedimento previsto dagli articoli 145 - 160 del D.Lgs. 196/03 e relativo al trattamento pubblico di dati personali da parte di una pubblica amministrazione coinvolgenti l'accesso ai documenti amministrativi, il Garante chiede il parere, obbligatorio e non vincolante, della commissione per l'accesso da rendersi entro 15 gg., durante i quali il termine per la pronuncia del Garante resta sospeso. A prescindere dalla circostanza che la norma fa obbligo di chiedere sempre l'intervento del Garante anziché renderlo facoltativo su scelta della Commissione oppure prescriverlo solo laddove sia necessario a causa della difficoltà del bilanciamento degli interessi richiesto dalla novella (circoscrivendolo, cioè, ai soli casi di tutela di dati cd. super sensibili), si intende soffermare l'attenzione su due punti: la previsione che il Garante intervenga solo in caso di ricorso giustiziale presentato dinanzi alla commissione e non dinanzi al difensore civico; il reciproco ma non simmetrico potere d'intervento

ce, in Guida al Diritto, 10/03, pag. 100.

³⁵ Nel primo senso, V. Cerulli Irelli, *Osservazioni gene-*

concesso al Garante e alla Commissione:

- quanto al primo aspetto, occorre chiedersi se la previsione dell'instaurazione del *sub* procedimento dinanzi al Garante sia comunque possibile anche da parte del difensore civico e, dunque, l'indicazione della sola Commissione sia stata volontaria e da ritenersi comprensiva ovvero costituisca una svista materiale del Legislatore³⁵, oppure se la non equivocità della lettera della legge faccia ritenere che al difensore civico non sia consentito di interpellare il Garante³⁶. Certo, il tenore letterale della norma è chiaro; letteralmente interpretata essa crea una sensazione di disagio o, meglio, di non organicità dell'intera materia ma, d'altronde, come già accennato, lo stesso disagio si avverte nella non previsione di un organo giustiziale competente avverso i provvedimenti di diniego di amministrazioni diverse da quelle statali o locali: probabilmente, pur nel giudizio positivo sul tentativo di coordinamento dei procedimenti, sarebbe auspicabile un ulteriore intervento di chiarificazione da parte del Legislatore;

- quanto al potere d'intervento, si è detto che esso è reciproco ma non simmetrico; infatti, mentre la Commissione provvede sentito il Garante e il termine concesso al Garante non sospende il procedimento giustiziale, nel caso in cui sia il Garante a chiedere l'intervento della Commissione il parere da rendersi rispetto a questa richiesta è qualificato come obbligatorio ma non vincolante e sospende il termine per la soluzione della controversia. Non si comprende perché due situazioni speculari debbano essere trattate in modo difforme; in particolare, ci si chiede quale sia la natura del parere del Garante che sembra configurarsi anch'esso come obbligatorio ma non vincolante, ma se così fosse non si comprenderebbe perché ciò non sia stato esplicitato; rimane il dubbio circa le ragioni che hanno indotto il Legislatore a prevedere la sospensione dei termini in un caso ma non nell'altro.

- Contenuto della decisione giustiziale e sua valenza nei confronti della pubblica amministrazione ricevente la richiesta d'accesso. Si è detto che la previsione dei rimedi giustiziali (in genere) ha una finalità deflattiva del contenzioso; per questa ragione solitamente ne è facile l'accesso, sono ridotte le spese, sono ridotti i termini; nello stesso tempo la pronuncia ottenuta ha una valenza assimilabile a quella giurisdizionale. Se ciò è vero in via generale, nel caso di specie non si riscontra nella tutela giustiziale una significativa facilità sulla legge di modifica della l. n. 241/90, in Astrid Rassegna, 2005, pag. 50; propende, invece, per la tesi della svista S. Cimino, *Diritto di accesso e riservatezza: il legislatore alla ricerca di nuovi equilibri*, in www.giustamm.it,

zione rispetto a quella giurisdizionale; questo essenzialmente sia perché la tutela giurisdizionale prevede, comunque, delle modalità accelerate e semplificate (già individuate in sede di apertura del commento relativo alla tutela giurisdizionale), sia a causa della scarsa valenza attribuita alla decisione giustiziale. Infatti, dalla lettura della norma sembra incontrovertibile che il provvedimento finale non possieda alcuna natura esecutoria avendo solo la finalità di indurre la pubblica amministrazione a riflettere sul proprio comportamento e a costringerla, laddove ritenga di non adeguarsi, ad adottare un ulteriore provvedimento che contenga la motivazione per la quale essa ritiene di discostarsi dalla decisione giustiziale. Dunque, a seguito di decisione di accoglimento dell'istanza presentata dal ricorrente, l'accesso è consentito solo se l'amministrazione rimane silente (silenzio significativo con valore di assenso), altrimenti la pubblica amministrazione attraverso un provvedimento confermativo del precedente può rendere vano l'intero procedimento giustiziale esperito: è palese che la non attribuzione di efficacia esibitoria alla pronuncia giustiziale potrebbe comportare il fallimento della stessa.

- Parziale disinteresse rispetto alla figura dei controinteressati. Si è già detto in sede di commento alla lettera c) del comma 1 dell'articolo 22 che controinteressati sono tutti coloro che vedrebbero compromesso l'interesse alla riservatezza a causa dell'esercizio del diritto d'accesso; si è anche detto che nel testo non è spiegato espressamente quali diritti (o interessi) possiedano i controinteressati e che, in sostanza, la norma dopo averne definito la nozione non si è troppo occupata di loro. Un lampante esempio di quanto in quella sede si è anticipato è costituito dall'articolo in commento laddove risulta palese che la tutela concessa ai controinteressati non sia assolutamente paragonabile a quella, più ampia, attribuita agli interessati, con il connesso rischio di "...non garantire una effettività di tutela al controinteressato all'accesso, che potrebbe vedere gravemente e irrimediabilmente immolato sull'altare della trasparenza il suo diritto alla riservatezza"³⁷. Al controinteressato, infatti, non è consentito utilizzare lo strumento giustiziale in quanto esso è, dalla lettera della norma (articolo 25, comma 4), espressamente riservato al "richiedente"; inoltre, in sede giudiziale non è prevista alcuna altra garanzia di partecipazione procedimentale. Per il controinteressato, dunque, lo strumento giurisdizionale non costituisce una delle possibili scelte per difendere

pag. 34.

³⁶ Così O. Forlenza, *Difensore civico, tutela alternativa al giudice*, in Guida al Diritto, 10/03, pag. 100, il quale, però, nel caso opposto, ossia quando spetti al Garante dovere

Articolo 27 Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi, commi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

1. È istituita presso la Presidenza del Consiglio dei ministri la Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi.
2. La Commissione è nominata con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sentito il Consiglio dei ministri. Essa è presieduta dal sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri ed è composta da dodici membri, dei quali due senatori e due deputati, designati dai Presidenti delle rispettive Camere, quattro scelti fra il personale di cui alla legge 2 aprile 1979, n. 97, su designazione dei rispettivi organi di autogoverno, due fra i professori di ruolo in materie giuridiche e uno fra i dirigenti dello Stato e degli altri enti pubblici. È membro di diritto della Commissione il capo della struttura della Presidenza del Consiglio dei ministri che costituisce il supporto organizzativo per il funzionamento della Commissione. La Commissione può avvalersi di un numero di esperti non superiore a cinque unità, nominati ai sensi dell'articolo 29 della legge 23 agosto 1988, n. 400.
3. La Commissione è rinnovata ogni tre anni. Per i membri parlamentari si procede a nuova nomina in caso di scadenza o scioglimento anticipato delle Camere nel corso del triennio.
4. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, a decorrere dall'anno 2004, sono determinati i compensi dei componenti e degli esperti di cui al comma 2, nei limiti degli ordinari stanziamenti di bilancio della Presidenza del Consiglio dei ministri.
5. La Commissione adotta le determinazioni previste dall'articolo 25, comma 4; vigila affinché sia attuato il principio di piena conoscibilità dell'attività della pubblica amministrazione con il rispetto dei limiti fissati dalla presente legge; redige una relazione annuale sulla trasparenza dell'attività della pubblica amministrazione, che comunica alle Camere e al Presidente del Consiglio dei ministri; propone al Governo modifiche dei testi legislativi e regolamentari che siano utili a realizzare la più ampia garanzia del diritto di accesso di cui all'articolo 22.
6. Tutte le amministrazioni sono tenute a comunicare alla Commissione, nel termine assegnato dalla medesima, le informazioni ed i documenti da essa richiesti, ad eccezione di quelli coperti da segreto di Stato.
7. In caso di prolungato inadempimento all'obbligo di cui al comma 1 dell'articolo 18, le misure ivi previste sono adottate dalla Commissione di cui al presente articolo.

i propri interessi ma l'unica strada percorribile; peraltro, una strada che non consente una tutela effettiva, posto che il momento dell'accoglimento determina in modo istantaneo il verificarsi del pregiudizio. Al fine di rinvenire una maggiore tutela per il controinteressato una recente dottrina ritiene che a costui possa essere consentito di opporsi al trattamento, connesso all'ostensione documentale, mediante gli strumenti di tutela previsti dal D.Lgs. 196/03; dunque in via giustiziale (dinanzi al Garante) o giurisdizionale (al giudice ordinario) ma come interessato alla protezione dei dati personali e non come controinteressato all'accesso a documenti personali. Questa tesi ha senz'altro il pregio di azionare una effettiva forma di tutela per chi si trovi a dovere tutelare dati personali detenuti da una pubblica amministrazione ma, come sottolineato dallo stesso Autore ha, anche, il difetto di postulare una possibile compresenza di due autorità differenti, competenti a decidere in merito al medesimo caso concreto; se ciò potrebbe astrattamente essere possibile relativamente ai ricorsi giustiziali (la nuova L. 241, come appena detto, coordina i rapporti tra auto-

rità giustiziale per l'accesso, cioè la Commissione per l'accesso, e autorità giustiziale per la riservatezza, cioè il Garante della *privacy*) difficilmente potrebbe avviarsi ad un duplice giudicato in caso di ricorso giurisdizionale³⁸.

Una delle tante novità introdotte dalla L. 15 nell'articolato originario della L. 241 è costituita dalla riforma della Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi. La commissione era stata inizialmente istituita, sul modello della *Commission d'Accès aux documents administratifs*, con compiti essenzialmente di vigilanza sulla corretta attuazione dei principi in materia di accesso; a differenza di quanto previsto per la "sorella" francese, invece, non era attribuito alla Commissione alcun potere paragiurisdizionale. Ebbene, la riforma in commento, riscrivendo l'articolo 27, ha proprio agito su questo fronte consentendo alla commissione un ruolo più attivo proprio in materia di tutela dei diritti dei richiedenti l'accesso.

La commissione è istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, è nominata con decreto del Presidente del Consiglio, è composta di

instaurare il *sub* procedimento, ritiene che possa essere interpellata la Commissione anche se gli atti non riguardino amministrazioni centrali.

³⁷ S. Cimini, *Diritto di accesso e riservatezza: il legislatore*

alla ricerca di nuovi equilibri, www.giustamm.it, pag. 35.

³⁸ S. Cimini, *Diritto di accesso e riservatezza: il legislatore*

dodici membri oltre al sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, che la presiede, e dura in carica tre anni³⁹.

Quanto ai compiti, oltre a quanto già ampiamente detto in tema di attività giustiziale, può dirsi che alla luce della riforma la Commissione possiede i seguenti compiti: vigila sulla piena attuazione del principio di conoscibilità degli atti amministrativi; redige una relazione annuale sulla trasparenza nell'attività della pubblica amministrazione; propone al Governo modifiche alle leggi e ai regolamenti al fine di realizzare la più

ampia tutela del diritto d'accesso; può chiedere informazioni e documentazione a tutte le amministrazioni; è organo sostitutivo per l'adozione delle misure organizzative idonee a garantire l'applicazione delle disposizioni in materia di autocertificazione e di presentazione di atti e documenti, ai sensi dell'articolo 18 della L. 241.

Nonostante che la modifica indubbiamente arricchisce di compiti la Commissione, si concorda con quella dottrina che, posto nuovamente il problema circa la natura di *Authority* della commissione stessa, ha escluso questa possibilità⁴⁰.



alla ricerca di nuovi equilibri, in www.giustamm.it, pag. 15 e 35.

³⁹ La nuova commissione, come prevista ai sensi della novella in commento, è stata istituita con D.P.C.M. 15.07.05.

⁴⁰ Si fa rinvio a M. Simoncini, *La riforma della Commissione* Med. Chir. 32. 1294-1310, 2006

per l'accesso ai documenti amministrativi: nascita o aborto di un'autorità indipendente?, in A Massera (a cura di) *La riforma della Legge 241/1990 sul procedimento amministrativo: una prima lettura*, in www.diritto.it, pagg. 70-73.