



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 Mastriello, 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

1311 Presentazione, Luigi Frati e Giovanni Danieli

EDITORIALE

1312 I decreti attuativi per le valutazioni comparative, Antonello Masia

CONFERENZA PERMANENTE DELLE CLASSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE

1319 Verso la riforma dei Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie. Il nuovo sistema formativo secondo il DM 270/2004. Dal "3+2" all'"1+2+2", cosiddetto "a Y", a partire dall'A.A. 2007-08, Angelo Mastriello, Andrea Lenzi e Luigi Frati

CONFERENZA PERMANENTE DEI PRESIDI DI FACOLTÀ E DEI PRESIDENTI DI CCLM IN MEDICINA E CHIRURGIA

1325 Scegliere i Medici del futuro, proposta per l'aggiornamento del test d'ingresso, Giuseppe Familiari

CONFERENZA PERMANENTE DEI PRESIDENTI DI CCLM IN MEDICINA E CHIRURGIA

1328 Il Corso di Comunicazione e relazione in Medicina del Polo San Paolo della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano, Loredana Odone, Sabrina Ferrari, Elena Vegni, Egidio Aldo Moja

1335 Valutazione delle competenze sul tema "dolore", un progetto da sviluppare a livello nazionale, di Francesco Orso, Giulio Masotti, Alessandro Mugelli

1337 Finalità, composizione e modalità di lavoro della Commissione Tecnica di Programmazione didattico-pedagogica Pietro Gallo, Paola Binetti, Carlo Della Rocca, Giuseppe Familiari, Marella Maroder, Rosa Valanzano e Luciano Vettore

1341 Forum di discussione sul percorso formativo, Gian Battista Azzena



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

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

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

Presentazione

Luigi Frati e Giovanni Danieli

Abbiamo il piacere di aprire questo nuovo numero dei Quaderni con l'autorevole contributo di Antonello Masia. Il nostro Direttore Generale fa il punto sullo stato degli interventi di riordino del sistema della docenza universitaria, promossi dalla legge 230/2005 e dai decreti attuativi che hanno fatto seguito alla delega governativa, nonché sulle norme concorsuali promosse dal D.L. 164 del 6 aprile scorso.

È un documento di notevole spessore culturale e di grande attualità, ottenuto grazie all'intervento del Presidente Andrea Lenzi, documento che ricapitola le tappe che l'iter legislativo ha registrato sotto i diversi Ministri prima di giungere a conclusione, ma è anche un'analisi critica dei nodi tutt'ora esistenti ed una guida sicura per quanti operano nell'Accademia.

Di pari attualità lo scritto, firmato da Angelo Mastrillo, Andrea Lenzi e Luigi Frati, che illustra le modifiche che il D.M. 270/2004 arreca alle professioni sanitarie, così come proposte da un tavolo tecnico (TT2) paritetico tra mondo universitario e mondo del lavoro; a parte la validità della proposta, appaiono felici la sintesi finale delle modifiche, così come la raccolta esaustiva dei riferimenti normativi.

Sempre nell'ambito delle proposte di modifica allo stato attuale dell'arte, Giuseppe Familiari introduce e presenta una mozione, firmata dalla Conferenza dei Presidi e da quella dei Presidenti di CCLM in Medicina, nell'incontro congiunto di Roma del 20 marzo scorso.

La mozione chiede chiari interventi sulla prova di ammissione, così da renderla idonea a selezionare i nuovi medici più accuratamente di quanto realizzato con l'attuale normativa.

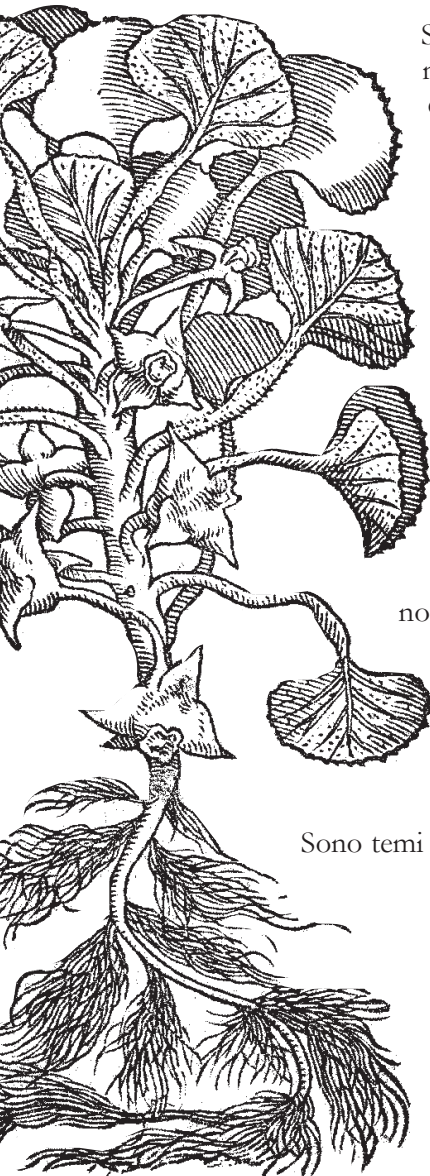
Seguono due importanti sperimentazioni didattiche, che portano ad altrettanti modelli di insegnamento diffusamente applicabili; si tratta dell'originale corso di *Comunicazione e relazione in medicina* realizzato nella Facoltà medica di Firenze e dell'altrettanto originale corso su *Il dolore in clinica* svolto presso la Facoltà medica di Milano; il primo sottolinea l'importanza di illustrare ai nostri Studenti gli aspetti comunicativo-relazionali dell'atto medico, il secondo rappresenta un'approccio pluridisciplinare, esempio di integrazione didattica tra farmacologia, clinica medica e clinica geriatrica, su un tema di confine qual è il dolore nelle diverse presentazioni cliniche; entrambi i corsi sopperiscono ad altrettante lacune del nostro insegnamento e sono, considerato il successo ottenuto, meritevoli di ampia riproduzione.

Nelle pillole pedagogiche, la *task force* capitanata da Pietro Gallo presenta, in questo numero, l'identikit della Commissione Tecnica di Programmazione didattico-pedagogica (CTP) che, come si suole dire, se non esistesse, occorrerebbe inventarla.

Ebbene, inventata lo è già, illustrata altrettanto bene con questa pregevole nota, ora bisogna curarne una capillare e concreta realizzazione.

Chiude il numero un nuovo contributo al Forum di discussione sul processo formativo dello studente in medicina; Gian Battista Azzena presenta proposte ed auspici per rendere concrete alcune azioni, di cui quasi tutti hanno segnalato l'esiguità, l'integrazione interdisciplinare e la formazione professionalizzante.

Sono temi che ritornano, alla fine saranno recepiti.



I decreti attuativi per le valutazioni comparative

Antonello Masia

Direttore Generale, Ministero dell'Università e della Ricerca

1. Premessa

In questo delicato momento di inizio Legislatura ritengo estremamente importante, alla luce delle innovazioni recentemente introdotte, fare il punto sullo stato degli interventi di riordino del sistema delle docenze universitarie promossi grazie alla Legge 230/2005 e ai decreti attuativi che fanno seguito alla delega governativa per il riordino delle norme concorsuali contenuta all'art. 1, comma 5. La mia analisi si soffermerà, in particolare, sul ridisegno delle norme concorsuali promosso dal recentissimo D.L. n. 164, approvato il 6 aprile scorso (*Riordino della disciplina del reclutamento dei professori universitari*): un provvedimento che ha riscosso finora un interesse pubblico decisamente più blando rispetto ai picchi di attenzione che hanno accompagnato, da parte della stampa e delle stessa comunità universitaria, la Legge 230 e il suo complesso iter parlamentare.

Anzitutto, è bene ricordare che la riforma intrapresa nella scorsa Legislatura non solo promuove la procedimentalizzazione dei giudizi idoneativi, ma ha inteso toccare sistemicamente i punti-cardine dell'attuale sistema della docenza universitaria: procedure concorsuali e di reclutamento nel settore dell'insegnamento e della ricerca, modalità di collocamento a riposo e fuori ruolo, convenzionamento fra atenei e altri attori pubblici e privati del territorio. Una pluralità di temi-chiave che, non a caso, ha tenuto impegnato il Parlamento per quasi un'intera Legislatura, sin dall'aprile 2002, e rispetto alla quale i 25 commi dell'articolo unico contenuto nella Legge 230 introducono, di fatto, alcune norme operative già nel breve termine. Sono innovazioni che tuttavia – al di là del ridisegno normativo – non possono prescindere da una consapevole capacità “dal basso” di governare il cambiamento da parte degli atenei, a partire dalle politiche responsabili che questi ultimi sapranno dispiegare per promuovere il ricambio dei quadri docenti; per garantire ai giovani ricercatori una flessibilità temporalmente definita, oltre che qualificata; e, di fatto, per partecipare alla costruzione di un sistema improntato all'eccellenza e alla verifica permanente della didattica e della ricerca, che abbia nell'Europa il proprio orizzonte di riferimento.

In secondo luogo, la mia analisi cercherà di porre

in contropunto le specifiche proposte di riordino contenute nella Legge 230/2005 con i principali punti di crisi e le storiche anomalie del sistema della docenza italiano, evidenziando in questo senso anche la stretta continuità fra le politiche promosse nell'ultima Legislatura e le riforme già avviate in precedenza. Non a caso, come già sotto i Ministeri di Berlinguer e Zecchino, la riforma del sistema della docenza e del reclutamento ha rappresentato il secondo snodo fondamentale delle politiche universitarie promosse dal Ministro Moratti insieme alla didattica, a testimonianza della necessità strutturale di far avanzare l'innovazione dell'Università italiana lungo questa duplice e complementare dimensione strategica.

E' una riforma di fatto urgentissima, quella del reclutamento e dello stato giuridico, che “sconta” di collocarsi su un terreno complesso, ma che è nondimeno indispensabile per dar corpo all'autonomia degli atenei. Ciò a partire dall'esigenza di fronteggiare i costi organizzativi legati all'innovazione didattica post-riforma e all'accresciuta domanda di studi universitari espressa dal paese, contrastando le principali storture che affliggono tradizionalmente il sistema italiano della docenza.

2. Il ricambio generazionale: destino o progetto?

Come noto, è proprio fra la XII e XIII Legislatura che i problemi della docenza universitaria si impongono nell'agenda politica e nel progetto di innovazione legato all'autonomia: una percezione di urgenza che animava già le proposte avanzate da Giorgio Salvini, prima, e da Luigi Berlinguer e Ortensio Zecchino, poi, e alla quale concorreva nella seconda metà degli anni Novanta – come noto – una singolare concentrazione di fattori contestuali. Fra questi, anzitutto un clima di forte infiammazione pubblica sul tema della “concorsopoli” universitaria e, in particolare, la comprovata impraticabilità dei mega-concorsi nazionali nel nuovo modello di Università di massa basata sull'autonomia (pienamente esplosa a seguito di emergenze quali un quadriennale blocco del concorso per associati dopo il 1990); come pure la riforma degli ordinamenti didattici ai sensi del D.M. 509/1999, con tutti gli effetti critici che una simile “rivoluzione” di sistema lasciava presagire sul fronte dell'impegno didattico e, dunque, dell'accresciuto fabbisogno di personale docente da parte degli atenei.

Rispetto a questo scenario, le politiche universitarie promosse nelle ultime tre Legislature manifestano una naturale convergenza di intenti sul doppio fronte

*Tratto dalla Relazione tenuta al II° Congresso Nazionale COLMED/09 sul tema La “Nuova” Università tra Ricerca Scientifica, Riforma della Docenza e Riassetto delle Scuole di Specializzazione, svoltosi a Roma il 22 maggio 2006.

dello stato giuridico e del reclutamento: si avverte infatti l'urgenza, da una parte, di allineare al cambiamento "reale" dei profili professionali nell'Università l'aggiornamento di definizioni giuridiche ormai ingessate e anacronistiche; e, dall'altra, di sbloccare i canali di reclutamento e promuovere le carriere dei docenti, attraverso la normalizzazione dei concorsi e la definizione di nuove e più moderne regole per l'espletamento delle procedure comparative.

E, di fatto, già un veloce ritratto strutturale dell'Università italiana lascia pochi dubbi in merito a quelle che restano, dopo l'approvazione della Legge 210/1998, le principali emergenze sul fronte del reclutamento e della docenza. Uno scenario che segnala anzitutto una duplice - e non più procrastinabile - priorità strategica:

da una parte, l'esigenza di arginare il lavoro precario negli atenei, offrendo una risposta concreta e moderna alla schiera di giovani in attesa;

dall'altra, l'opportunità di rifondare il sistema di reclutamento su un modello che corregga il localismo imperante nei concorsi, promuovendo una sana mobilità del corpo docente e la trasparenza delle procedure comparative.

Secondo i dati ufficiali, al 31 marzo 2006 il sistema universitario italiano conta 19.369 ordinari, 18.973 associati e 22.527 ricercatori. Il personale strutturato degli atenei resta dunque pressoché equidistribuito fra le tre fasce della docenza a fronte, tuttavia, di una schiera di circa 50.000 ricercatori precari, stando alle stime più recenti, di cui 46.833 fra dottorandi e assegnisti. Un universo variegato, quello del lavoro precario nell'Università, in cui confluiscono figure eterogenee e che arriva quasi a *equivalere numericamente al personale docente strutturato degli atenei*: ne consegue un abnorme allargamento della "piramide" della docenza universitaria verso la base, anche come inevitabile conseguenza delle sanatorie del passato.

E' così che, nel post-Riforma didattica, soprattutto il numero di docenti e, dunque, le politiche di reclutamento si pongono come questioni su cui intervenire con urgenza: sebbene già aumentato di circa 6.000 unità nel quinquennio 2001-2005, il corpo docente resta ancora insufficiente rispetto alla complessità dell'offerta didattica allestita dopo il "3+2", alla continua moltiplicazione delle sedi e dei corsi di studio, al miglioramento del rapporto studenti/professori, e persino a trend clamorosi quali l'invecchiamento del corpo docente e l'impressionante ondata di pensionamenti previsti soprattutto dopo il 2010. Le stime elaborate dal CNVSU prevedono, infatti, un volume di ritiri destinato ad aumentare esponenzialmente nel tempo, al punto da riguardare circa 25.000 unità in uscita e una media di circa 1.650 ritiri all'anno fra il 2002 e il 2017, e cioè *quasi la metà dell'attuale corpo*

docente. E si tratta, del resto, di difficoltà organizzative ulteriormente incalzate dalla nuova mappa di requisiti minimi a cui gli atenei sono chiamati a uniformarsi per l'attivazione dei corsi di studio, a partire dall'adeguamento a precise soglie strutturali in termini di personale.

Più in generale, l'invecchiamento si conferma una drammatica anomalia italiana: di fatto, i dati ufficiali provano che *oltre metà del personale docente è ultracinquantenne*. Per tutte le fasce, l'età di immissione in ruolo resta decisamente più elevata che nella maggior parte degli altri paesi, e l'invecchiamento proporzionale all'avanzamento di carriera. L'età resta peraltro elevata anche fra i ricercatori: basti considerare che, di questi ultimi, oltre un terzo supera i 50 anni e ben la metà entra in ruolo dopo i 39. Al tempo stesso, occorre rilevare la tendenza a un sensibile abbassamento dell'età media negli ultimi anni, anche grazie a politiche mirate all'immissione in ruolo di nuovi ricercatori e a interventi specifici del Ministero.

Anche su quest'ultimo punto, i dati parlano chiaro. Basti pensare che, al 31 marzo 2006, sono 1.870 le procedure valutative in atto per il reclutamento di nuovi ricercatori, le quali coprono cioè oltre metà dei circa 3.500 concorsi complessivamente banditi per le tre fasce della docenza sul territorio nazionale; e che, peraltro, un parziale ricambio generazionale è già avvenuto: al 31 marzo 2005, l'Università italiana conta, infatti, ben 9.097 ricercatori con non più di 3 anni di anzianità, pari cioè a quasi la metà del totale dei ricercatori in servizio. Un'incidenza tanto più significativa se si tiene conto degli oltre 4.400 ricercatori con, a oggi, 25 anni di anzianità: un singolare retaggio dell'*ope legis* disposta negli anni Ottanta.

D'altronde, i dati sull'età dei docenti testimoniano l'estrema difficoltà e lentezza delle carriere nell'Università, fino a prospettare una vera e propria "emergenza *turn over*" e, dunque, l'impellente esigenza di regole concorsuali in grado di innovare il sistema di reclutamento delle giovani risorse. Il ricambio generazionale si impone, infatti, come una tappa ormai obbligata, nel momento in cui il corpo docente è fisiologicamente destinato a subire un epocale rinnovamento - senza precedenti nella storia dell'Università italiana - per effetto dei pensionamenti.

Del resto, i dati statistici sono altrettanto eloquenti nel denunciare il marcato localismo della comunità accademica italiana, a tutt'oggi caratterizzata da scarsissima mobilità delle carriere sul territorio. Una puntuale analisi dei concorsi banditi dopo l'approvazione della Legge 210/1998 attesta, infatti, la fortissima propensione a preferire candidati locali, già inseriti cioè nei ruoli del personale docente presso l'ateneo che ha bandito i concorsi: una probabilità che arriva a sfiorare l'80% nel caso degli associati e addirittura il

90% nelle valutazioni comparative per ordinario.

3. Verso la normalizzazione delle procedure concorsuali

E' proprio a partire dai punti di crisi appena enumerati, seppur in estrema sintesi, che la Legge 230 promette un positivo rinnovamento del sistema della docenza universitaria e del reclutamento, retaggio della Legge 210/1998 (*Norme per il reclutamento dei ricercatori e dei professori universitari di ruolo*).

La riforma interviene direttamente sui problemi già chiari a Salvini e Berlinguer, riprendendo, in particolare, alcune proposte di riforma già avanzate senza successo dal Ministro Zecchino sul finire della XIII Legislatura: principali bersagli del provvedimento si confermano il tradizionale localismo accademico e la dequalificazione delle procedure concorsuali.

Ma, nonostante il serrato dibattito sviluppatosi nella XII e soprattutto XIII Legislatura, il progetto riformistico della docenza universitaria consegue un bilancio nel complesso negativo. La stessa Legge 210 finiva per segnare un *dietro front* su molte delle proposte più innovative e, soprattutto, per lasciare intatti numerosi nodi critici che, strettamente complementari al tema del reclutamento, sarebbero rimasti ancora al centro delle rivendicazioni e delle *querelle*: prima fra tutti, la definizione dello stato giuridico dei docenti universitari.

La verità è che la Legge 210/1998 ha segnato un'evidente involuzione rispetto all'impianto di riforma originariamente immaginato da Berlinguer. In particolare, *i concorsi diventavano solo locali*, scomparendo invece l'idoneità nazionale e, con essa, il doppio livello di qualificazione proposto sia da Salvini che da Berlinguer. Il superamento del concorso locale per ordinari e associati diventava inoltre garanzia non già di vittoria (come nei concorsi per ricercatori), ma di pura "idoneità" per il doppio dei posti banditi. Un punto, quest'ultimo, rispetto al quale occorre ricordare il contributo della Legge n. 43 del 31 maggio 2005 (art. 1, comma 2-bis), che ha riportato a uno il numero di idonei per ciascun posto di prima e seconda fascia già bandito con il vecchio sistema successivamente alla data del 15 maggio 2005.

Ed è così che, in tempi più recenti, la Legge 230 ha puntato anzitutto a riscattare le procedure concorsuali dal localismo accademico e dall'insano prevalere di logiche endogamiche di cooptazione. Le successive stesure del disegno di legge hanno tuttavia accantonato – come noto - l'ipotesi di un anacronistico ritorno ai concorsi nazionali, sostituendolo con un più dinamico sistema di reclutamento a due livelli per la copertura di posti di prima e seconda fascia: un nuovo modello concorsuale basato sul conseguimento di un'*idoneità scientifica nazionale* a numero chiuso (comma 5),

unitamente a *chiamate locali* in cui siano gli atenei a disciplinare le valutazioni comparative e la nomina in ruolo dei candidati in possesso di idoneità (comma 8).

Non mancano alla riforma numerose ambiguità applicative residue: criticità d'ordine interpretativo su cui il Ministero ha già costituito, nel febbraio scorso, un'apposita Commissione tecnico-consultiva di esperti, incaricata di studiare soluzioni per la messa a regime della riforma e per un'efficace interfaccia con gli atenei. La commissione, alla quale spetta di esprimere pareri e proposte sugli schemi dei provvedimenti attuativi della Legge 230, è attualmente al lavoro su alcune questioni particolarmente urgenti: fra queste, la disciplina dei contratti di insegnamento e il trattamento economico dei ricercatori a contratto, su cui sono già pronti gli specifici schemi di provvedimento; nonché la ridefinizione dei doveri didattici dei docenti in funzione delle diverse aree scientifico-disciplinari.

4. Le valutazioni comparative e i decreti delegati

Sulla base dal nuovo modello concorsuale, la riforma prospetta una convincente scelta di equilibrio tra il vecchio sistema di reclutamento - i mega-concorsi nazionali per ordinari e associati precedenti la riforma Berlinguer - e il decentramento delle valutazioni comparative ai sensi della Legge n. 210/1998.

Non si tratta dunque di un ritorno al vecchio sistema, ma di una soluzione che può finalmente garantire qualità sul territorio nazionale, salvaguardando a un tempo l'autonomia delle sedi universitarie. Il nuovo sistema di reclutamento tenta infatti di conciliare le esigenze autonomistiche degli atenei con il ruolo garante che spetta alla comunità scientifica nazionale verso lo Stato e la società: una responsabilità, quest'ultima, che trova esercizio compiuto nel meccanismo di abilitazione scientifica nazionale. Infatti, a differenza dei concorsi nazionali precedenti la Legge 210/1998, l'*idoneità scientifica* introdotta dalla Legge 230 - il cui bando per entrambe le fasce è emanato annualmente dal Ministero entro il 30 giugno - non conferisce di per sé diritto all'accesso alla docenza, ma si pone invece come *prerequisito* necessario per la partecipazione a valutazioni comparative il cui espletamento e conclusione restano, di fatto, a carico delle singole università.

Più analiticamente, la Legge 230 e le norme introdotte dai successivi decreti delegati rifondano il sistema concorsuale su un **modello misto di elezione e sorteggio delle commissioni**. L'espletamento delle valutazioni idoneative prevede, infatti, il sorteggio per via telematica di cinque commissari da una lista nazionale, eletta ogni biennio per ciascun settore scientifico-disciplinare; il decreto attuativo sul reclutamento (D.L. n. 164 del 6 aprile 2006) fissa, quindi,

a 15 il numero dei commissari nazionali componenti ogni lista, a loro volta eletti dal corpo docente di uno stesso settore e non immediatamente rieleggibili. Il criterio del sorteggio si conferma, invece, per l'individuazione delle sedi atte a ospitare l'espletamento dei giudizi di idoneità. Ed è sempre il decreto attuativo a introdurre una nuova procedura di controllo di legittimità ex post degli atti concorsuali, con garanzia di pubblicità e verifiche da parte del Ministero e del CUN.

Quanto alla **durata dell'abilitazione scientifica nazionale** per ordinari e associati, essa è fissata in un massimo di quattro anni dal suo conseguimento. Ai fini della copertura finanziaria delle procedure idoneative, il decreto delegato prevede, in particolare, che gli atenei comunichino annualmente, entro il 31 marzo, i posti di professori ordinari e associati che intendono coprire per ciascun settore sulla base della programmazione triennale: il **fabbisogno** delle università è a sua volta passibile di un **incremento** di massimo il 40% del numero di idonei da parte del Ministero, previa consultazione della CRUI e del CUN. E, anche in mancanza di richieste degli atenei, le nuove norme prevedono che debba essere comunque bandito ogni cinque anni almeno un posto di idoneo per ciascun settore disciplinare e ciascuna fascia.

La Legge 230 introduce, inoltre, la possibilità di procedere a **chiamate dirette** di studiosi stranieri, o italiani impegnati all'estero, nonché di **studiosi di chiara fama** (comma 9), per le quali le università sono tenute a formulare proposte al Ministro. Contestualmente, sono previste alcune **riserve per anzianità** nei giudizi di idoneità per ordinari e associati (comma 5), che il successivo decreto delegato quantifica nella misura del 25% del fabbisogno degli atenei per i concorsi di prima fascia. Il decreto specifica inoltre alcune **norme transitorie** volte a stabilire che, nelle prime due tornate di idoneità per professori ordinari e nelle prime quattro per associati, l'incremento sul fabbisogno indicato dagli atenei sia innalzato al 100%; e che le prime quattro tornate dei giudizi di idoneità per associati prevedano, inoltre, sia una riserva (pari al 15% della quota di incremento del 100%) per specifiche categorie di professori, assistenti e ricercatori, sia un ulteriore contingente (1%) riservato a tecnici laureati in possesso dei requisiti analiticamente indicati.

Persino superfluo ribadire, rispetto al delicato avvio della "macchina organizzativa", l'impegno massimo del Ministero nel voler rispettare la regolarità dei bandi, nei tempi di legge previsti e per entrambe le fasce della docenza. La viva preoccupazione di evitare qualsiasi blocco o rallentamento delle assunzioni si conferma al centro del progetto di riforma, affinché sia rispettata appieno l'autonomia delle sedi universi-

tarie, non a caso già esentate dal blocco generalizzato delle assunzioni nel pubblico impiego per il triennio 2005-2007. E, da parte sua, anche l'introduzione della programmazione triennale del fabbisogno del personale docente e tecnico-amministrativo ad opera della Finanziaria per il 2005 (art. 1, comma 105) ha puntato a garantire anzitutto l'assorbimento degli idonei in attesa di chiamata (1.422 al 31 marzo 2006) e, nel più lungo periodo, la responsabilizzazione degli atenei, troppo spesso inclini a bandire nuovi concorsi senza prima coprire i posti con i soggetti già idonei.

D'altronde, non c'è stato il paventato blocco delle procedure valutative per prima e seconda fascia, scongiurato grazie all'art. 35 del D.L. n. 273 del 30 dicembre 2005 (convertito con Legge del 23 febbraio 2006 n. 51): modificando il comma 6 dell'art. 1 della L. 230, il provvedimento ha infatti consentito alle università di procedere a bandi fino al 18 maggio 2006, cioè fino alla data di entrata in vigore del D.L. 164. All'inizio dell'anno, il Ministero si è quindi subito attivato con un prima tornata di concorsi, i cui bandi dovevano essere emanati entro il 15 marzo; con un'apposita nota, datata 9 maggio, il Ministero ha inoltre chiesto alla CRUI di poter procedere all'indizione di una seconda tornata di concorsi per ordinari e associati, banditi fino al 18 maggio, e a una terza per le procedure comparative bandite fra il 19 maggio e il 15 novembre 2006.

5. Riaprire l'accesso ai giovani

Come già nel disegno di riforma Zecchino e con qualche variazione significativa, la riforma della docenza promossa dalla 230 fa inoltre perno attorno a una duplice proposta-chiave, la cui applicazione è tuttavia differita nel medio termine: quella di **riarticolazione del sistema della docenza in due fasce** e di parallela **messa a esaurimento del ruolo dei ricercatori**, contestualmente all'introduzione del titolo di "professori aggregati" per gli attuali ricercatori se affidatari di corsi e moduli didattici (comma 11). Grazie alla norma transitoria (introdotta dal comma 7) che rinvia al **30 settembre 2013** la soppressione dell'attuale terza fascia, la Legge 230 fa dunque salva, fino a quella data, la possibilità di espletare le procedure concorsuali già in atto ai sensi della Legge n. 210/1998: si è inteso così prendere atto delle istanze espresse dai ricercatori non ancora strutturati negli Atenei (dottori di ricerca, assegnisti, borsisti), prevedendo soprattutto un tempo congruo per la costruzione e messa a regime – in un clima di auspicabile concertazione con l'Università - di un nuovo sistema di reclutamento, ispirato alla "flessibilità" (e non alla precarizzazione), Un sistema orientato a promuovere le carriere dei futuri *ricercatori a contratto*, prevedendo

per essi un trattamento economico sensibilmente superiore a quello degli attuali ricercatori di ruolo, con aumenti stipendiali che, secondo le recenti proposte emerse, potranno andare - proporzionalmente all'anzianità maturata - da un minimo del 10 a un massimo del 100%. D'altronde, il rinvio della messa a esaurimento appare una scelta razionale anche in considerazione di un progressivo assorbimento degli attuali ricercatori nel ruolo di associati, sull'onda dell'ampio *turn-over* previsto nei prossimi anni.

Dal canto suo, lungi dal costituire una pura precarizzazione, l'introduzione della nuova figura di ricercatore a tempo determinato, essenzialmente dedicata all'attività di ricerca, può contribuire a un reale svecchiamento del sistema della docenza, oltre che a un incisivo rilancio dell'attività di ricerca negli atenei rispetto all'attuale slittamento verso un modello poco strategico di *teaching University*. L'introduzione della nuova figura non soltanto assicura, infatti, la necessaria selezione e qualificazione per i successivi passaggi di carriera e, dunque, per l'esercizio maturo dell'attività didattica; ma offre, al tempo stesso, una risposta realistica alle legittime aspirazioni degli attuali ricercatori precari, in vista di un progressivo potenziamento delle immissioni nei ruoli della docenza di prima e seconda fascia e, inoltre, di una sistematica valorizzazione dell'attività già svolta presso le università in qualità di contrattisti e assegnisti.

Questo il primo passo verso la costruzione, anche in Italia, di un moderno modello di *tenure-track*, sulla scorta delle esperienze già dimostrate vincenti in altri contesti culturali e, soprattutto, delle raccomandazioni della *Carta Europea dei Ricercatori* (marzo 2005).

D'altronde, le modalità di reclutamento previste dalla 230 puntano a valorizzare più incisivamente che in passato l'istituto del Dottorato di Ricerca come canale preferenziale per l'accesso alla docenza e alla ricerca universitaria, unitamente al possesso di titoli quali gli eventuali contratti di insegnamento o, nel caso di Medicina e Chirurgia, del diploma di specializzazione.

La riforma getta così le basi per potenziare l'autonomia degli atenei anche sul fronte del reclutamento, riconoscendo ad essi la possibilità di instaurare rapporti di lavoro subordinato tramite *contratti di diritto privato a tempo determinato*, previa valutazione comparativa dei candidati. A fronte dell'esigenza di contenere i margini legittimi del precariato, la Legge 230 fissa quindi la **durata massima dei contratti** a un triennio, con possibilità di rinnovo per una durata complessiva di sei anni. Si richiama espressamente, del resto, la responsabilità degli atenei nel garantire un rapporto congruo fra il numero di docenti ordinari, associati, aggregati e a tempo determinato: un requisi-

to, di fatto, vincolante ai fini dell'inserimento dei corsi di studio nell'offerta formativa (comma 14).

6. Altre disposizioni della Legge 230

La 230 riscrive, inoltre, la disciplina delle **docenze a contratto**, precedentemente disciplinata ai sensi del D.M. 242/1998 sulla base del quale ciascun ateneo si è dotato di un proprio regolamento. Il comma 10 fa esplicito riferimento all'opportunità degli atenei di conferire incarichi di insegnamento retribuiti o a titolo gratuito (questi ultimi già previsti dal precedente ordinamento), anche di durata pluriennale, a soggetti in possesso di elevata qualificazione scientifica o professionale, previa valutazioni comparative che tutelino contro striscianti fenomeni di "localizzazione". Agli atenei spetta inoltre di disciplinare autonomamente sia le valutazioni sia le modalità di conferimento e retribuzione, compatibilmente ai parametri fissati dal Ministero.

Da parte sua, va valutata positivamente l'evoluzione subita dal testo di riforma per quanto attiene al **mantenimento della distinzione fra tempo pieno e definito** (e relativo trattamento retributivo), diversamente dall'iniziale proposta di soppressione del regime a tempo definito, introdotto dal D.P.R. 382/1980. Si è così tenuto conto delle esigenze espresse dalla comunità universitaria: l'opportunità per i docenti di optare per il tempo definito (fissato in non meno di 250 ore di didattica, di cui 80 frontali) è stata riconfermata accanto al tempo pieno (almeno 350 ore annue di didattica, di cui 120 frontali che il Ministero conta, tuttavia, di ragguagliare alle esigenze didattiche e di impegno dei docenti nelle diverse aree scientifico-disciplinari attraverso uno specifico provvedimento attuativo).

Tra gli altri elementi innovativi, la riforma rende inoltre omogenea la disciplina, assai variegata in precedenza, del **collocamento a riposo** del personale docente. Il limite massimo di età per il pensionamento è infatti fissato a 70 anni per professori ordinari e associati vincitori di concorso dopo l'entrata in vigore della 230 e per quelli già in servizio che optino per il nuovo regime giuridico (ai sensi del comma 19). Per entrambe le categorie, è contestualmente abolito l'istituto del collocamento fuori ruolo per sopraggiunti limiti di età (comma 17). Ulteriori disposizioni sono introdotte nel caso dei docenti di materie cliniche, per i quali i commi 2 e 18 ribadiscono anzitutto l'inscindibilità delle funzioni didattiche, di ricerca e assistenziali e, quindi, il mantenimento e non già il recupero delle funzioni assistenziali e primarie fino al collocamento a riposo.

Infine, la Legge 230 introduce rilevanti innovazioni sul fronte del finanziamento esterno e, in particola-

re, del **convenzionamento per la realizzazione di programmi di ricerca**. Una questione strategica se si considerano, in particolare, i dati che attestano un sensibile aumento dal 2001 della capacità degli atenei di attrarre risorse economiche esterne da parte di soggetti pubblici e privati, a testimonianza sia dell'*impulso determinante dell'autonomia nel promuovere l'autofinanziamento*, sia dell'importanza vitale giocata dalle risorse non statali nel sostentamento dell'attività di ricerca e nella stessa "manutenzione" della qualità didattica e dei servizi.

Di fatto, la Legge 230 promuove l'instaurarsi di forme più istituzionali e continuative di raccordo fra Università e territorio. Il provvedimento autorizza infatti gli atenei a realizzare programmi di ricerca sulla base di convenzioni stipulate con soggetti pubblici o privati, che prevedano specifici incentivi economici per il personale docente coinvolto e che finanzino l'eventuale istituzione di **posti a tempo determinato di "professore straordinario"**, di durata triennale e rinnovabili sulla base di una nuova convenzione (comma 12).

7. Note conclusive: l'Università dopo la riforma della docenza

In conclusione, è opportuno ricordare, una volta di più, che la riforma della docenza rappresenta solo uno dei tasselli di un più ampio progetto di innovazione dell'Università italiana. Credo, anzi, che l'obiettivo di innovare il sistema di reclutamento e di rilanciare - a partire dalla formazione alla ricerca - la normalizzazione di accessi e carriere nell'Università non possano prescindere da un impegno immediato e risolutivo su temi-chiave quali valutazione e *governance*.

All'indomani del risultato elettorale, resta anzitutto aperta la sfida di potenziare il sistema di **valutazione** degli atenei, a partire da un'integrazione sistematica fra la verifica di primo e secondo livello, come anche fra il monitoraggio di didattica e ricerca. La valutazione rappresenta, infatti, l'asse strategico - sul piano organizzativo e culturale - della stessa transizione al nuovo sistema della docenza, ivi inclusa la

necessità di verifica e monitoraggio, a breve e medio termine, degli effetti di una così imponente riforma, a partire dalla valutazione dei risultati effettivamente conseguiti su molteplici fronti strategici: tra questi, la produttività economica e sociale dell'attività didattica e di ricerca, la competizione per l'eccellenza negli atenei, l'effettivo rilancio delle carriere dei docenti e del valore - sempre invocato, ma troppo spesso solo retorico - della *mobilità*. E il passo successivo, da più parti auspicato, dovrà essere quindi l'istituzione di un'Agenzia Nazionale di valutazione del sistema universitario, ripartendo così - non a caso - proprio da una delle proposte più innovative del disegno di legge, stralciata nella definitiva stesura della 230.

Altra questione aperta, strettamente intrecciata al riordino della docenza, è inoltre l'ormai urgentissima riforma della *governance*, a partire dalle proposte già avanzate dalla stessa comunità universitaria e da un bisogno di fondo: quello di intervenire anche metodologicamente sulle politiche universitarie, innovando modelli gestionali - a livello centrale e d'ateneo - ormai anacronistici rispetto alle esigenze di un sistema a elevata complessità quale quello post-riforma. Un tema, quello della *governance*, a lungo rimasto in ombra (almeno nel confronto con la più acuta percezione di urgenza attribuita alle riforme della docenza e della didattica), ma su cui la XIV Legislatura ha comunque segnato significativi passi in avanti, fino a riconoscere in esso un fondamentale punto di snodo per il completamento di un'autonomia responsabile.

Valutazione e *governance* rappresentano, dunque, i due temi-chiave che accompagnano l'Università italiana verso la XV Legislatura e su cui si giocherà - dal lato delle scelte sia tecniche, sia politiche - il progetto di sviluppo futuro degli atenei nello spazio europeo della formazione e della ricerca, ivi inclusa la modernizzazione "reale" del sistema della docenza e il rinnovamento delle culture professionali nell'Università italiana. Importanti questioni aperte, su cui continuare a lavorare insieme per la costruzione di un nuovo e più moderno modello della didattica e della ricerca nell'Università italiana.



Verso la riforma dei Corsi di laurea delle Professioni sanitarie Il nuovo sistema formativo secondo il DM 270/2004

Dal "3+2" all'"1+2+2", cosiddetto "a Y", a partire dall'A.A. 2007-08

Angelo Mastrillo*, Andrea Lenzi** e Luigi Frati***

Introduzione

Il Decreto MIUR del 22 ottobre 2004, n. 270¹ sui corsi di laurea ha introdotto una nuova riforma, cosiddetta a "Y" o a biforcazione, che ha come obiettivo l'attivazione di due diversi canali formativi: uno professionalizzante (1+2) e l'altro metodologico (1+2+2), con il primo anno in comune per entrambi i canali.

Mentre il biennio del canale professionalizzante dovrebbe essere articolato su obiettivi specificamente e rigidamente professionalizzanti, nel caso del primo biennio metodologico si dovrebbero perseguire fin dall'inizio obiettivi propedeutici al successivo biennio per realizzare la laurea magistrale di 5 anni, come era prima della riforma del DM MIUR del 3 novembre 1999, n. 509².

Anno in comune con 60 CFU?

Uno dei punti cruciali è la previsione di un anno in comune, pari a 60 dei 180 crediti previsti per il triennio.

L'art. 11 del DM 270/04, al comma 7, lettera a), recita: *...fatto salvo quanto stabilito per i corsi di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 2 agosto 1999, n. 264, che gli studenti vengano immatricolati a corsi di base comuni ...condividano le stesse attività formative di base e caratterizzanti comuni per un minimo di 60 crediti prima della differenziazione dei percorsi formativi.*

Ne consegue che l'anno in comune non dovrebbe riguardare le professioni sanitarie per due ragioni:

- 1) La norma non riguarda le professioni sanitarie perchè sono previste nella Legge 264/1999³.
- 2) Il doppio percorso a "Y" non comporta un anno comune con la Laurea a ciclo unico di Medicina e Chirurgia da una parte e delle Professioni sanitarie dall'altra. Fin dalla domanda di iscrizione agli esami di ammissione lo studente effettua infatti la propria scelta.

Potrebbe rimanere il dubbio sulla applicazione della

* Coordinatore del Corso di Laurea in Tecniche di Neurofisiopatologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna.

** Presidente della Conferenza Permanente dei CLM in Medicina e Chirurgia, Università di Roma "la Sapienza"

*** Presidente della Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Roma "la Sapienza"

Componenti del Tavolo Tecnico 2 MIUR (Area Scienze della Salute), coordinato da Luigi Frati

"y" nell'ambito di una stessa classe di laurea delle quattro esistenti. Ma in questo caso, in particolare per la seconda classe (Riabilitazione) con 8 corsi specifici e per la terza classe (Tecnico sanitarie) con altri 9, esistono sostanziali diversità degli obiettivi formativi, tali da richiedere una differenziazione fin dal secondo semestre del primo anno, ovvero circa 30 CFU.

Specifiche conoscenze professionali

La possibilità di riservare un percorso diverso e specifico per ogni corso viene rilevata nel DM 270, all'art 3, comma 5, in cui si fa esplicito riferimento a: *"L'acquisizione di specifiche conoscenze professionali, di cui al comma 4, è preordinata all'inserimento del laureato nel mondo del lavoro ed all'esercizio delle correlate attività professionali regolamentate, nell'osservanza delle disposizioni di legge e dell'Unione europea e di quelle di cui all'articolo 11, comma 4"*.

Trattasi di uno dei due rami della "Y", che caratterizza l'obiettivo del DM 270. Proprio per assicurare l'aspetto professionalizzante dei corsi delle 22 professioni sanitarie, nel corso delle riunioni del Tavolo Tecnico 2, è stata avanzata la proposta di riservare 60 CFU per il " tirocinio".

In conclusione, l'analisi della nuova riforma fa ritenere che per le lauree delle professioni sanitarie non dovrebbero esserci sostanziali modificazioni.

Poche modifiche per le Professioni sanitarie

La nuova riforma non dovrebbe toccare l'attuale assetto organizzativo che corrisponde alle finalità "professionalizzanti" di una parte della riforma stessa, che anzi ne enfatizza la validità. Il sistema formativo triennale delle professioni sanitarie ha una storia ultratrentennale, avviata fin dal 1970 con le Scuole Universitarie Dirette a Fini Speciali biennali e triennali e sviluppata dal 1982⁴, seguite nel 1992 dai Diplomi Universitari ai sensi della Legge 241/90⁵ e del DM Università-Sanità del 24 luglio 1996⁶ infine con le Lauree triennali istituite con DM MIUR del 2 aprile 2001⁷. Una esperienza formativa unica e ben collaudata, che non trova pari applicazione nelle altre Facoltà, che solo dal 2001 hanno attivato per la prima volta i corsi triennali.

I Tavoli Tecnici istituiti dal MIUR

A tali conclusioni si è giunti nell'ambito dei lavori dei sei Tavoli Tecnici di consultazione attivati dal MIUR per la revisione di 47 classi di corsi di studio di

I livello e di 109 classi di corsi di studio di II livello, approvati con decreti ministeriali 4 agosto 2000⁸, 28 novembre 2000⁹ e 2 aprile 2001⁷.

I sei Tavoli Tecnici sono stati istituiti con DM MIUR dell'11 ottobre 2004¹⁰ per le Aree di:

Scienze Matematiche fisiche e naturali

Scienze della Salute

Scienze della Vita

Tecnica

Umanistica

Scienze Sociali e gestionali

In specifico per il Tavolo tecnico (TT2), il Decreto MIUR dell'11 ottobre 2004 viene integrato con successivo DM del 22 ottobre¹¹ che porta i componenti da 18 a 25, determinando di fatto una rappresentatività "paritetica" fra il mondo universitario e il mondo del lavoro.

Rappresentanti per l'Università

Per l'Università sono nominati i Presidi di Facoltà: L. Frati (Medicina e Chirurgia), E. Novellino (Farmacia), G. Guastella (Lettere), A. Gaiti (Veterinaria), L. Galliani (Scienze della Formazione), E. Predazzi (Scienze Matematiche fisiche e naturali), V. Stocchi (Scienze Motorie) e L. Di Comite (Scienze Politiche). Inoltre sono nominati i rappresentanti del CUN: A. Pinchera, A. Lenzi, F. Palmieri e C. Violani, e

Manazza come delegato del Sottosegretario MIUR, M.G. Siliquini.

Rappresentanti per le Professioni

Mentre in rappresentanza delle Professioni sono designati i Presidenti di Ordini, Federazioni e di alcune Associazioni: E. Landi (Biologi), A. Zingales (Chimici), G. Leopardi (Farmacisti), G. Del Barone (Medici e Odontoiatri), D. D'Addario (Veterinari). A questi sono aggiunti con DM del 22 ottobre sette rappresentanti fra le 22 professioni sanitarie, designati dall'Osservatorio professioni sanitarie del MIUR il 14 ottobre 2004: A. Silvestro e M.A. Bianco (Classe I Infermieristica e Ostetrica), V. Manigrasso (Classe II Riabilitazione), G. Brancato e G. Cecchetto (Classe III Tecnico Diagnostica e Assistenziale), M. Buzzoni (Classe IV Prevenzione) e A. Mastrillo, quale supporto operativo e di coordinamento per i rappresentanti delle professioni sanitarie

La rappresentanza per quattro aree e classi deriva dalla regolamentazione stabilita dai decreti del Ministero della Salute del 29 marzo 2001¹² e del MIUR del 2 aprile 2001⁷, rispetto ai 22 Profili professionali decretati dal Ministero della Salute dal 1994 al 1998.

In totale i corsi attivati nell'A.A. 2005-06 sono stati 755 per circa 24.000 posti messi a bando (Tab. 1).

Profili e classi di laurea delle 22 professioni sanitarie				
Suddivisione secondo DM Sanità 29 marzo 2001 e DM MIUR 2 aprile 2001				
Operatori per Profilo, Posti nei Corsi e sedi di Corso A.A. 2005-06				
	Operatori	Posti	Corsi	Sedi
INFERMIERE-OSTETRICA	339.500	14.016	83	256
INFERMIERE	314.000	12.740	39	197
INFERMIERE PEDIATRICO	10.000	243	8	8
OSTETRICA	15.500	1.033	36	51
RIABILITATIVE	82.700	5.327	144	220
EDUCATORE PROFESSIONALE	25.000	696	14	16
FISIOTERAPISTA	40.000	2.574	38	96
LOGOPEDISTA	8.000	520	23	28
ORTOTTISTA	3.000	246	21	23
PODLOGO	1.200	174	10	10
TECNICO RIABIL. PSICHIATRICA	3.000	569	18	20
TERAP. NEUROETA' EVOL.	1.500	313	12	16
TERAPISTA OCCUPAZIONALE	1.000	235	8	11
TECNICO SANITARIE	67.400	4.224	188	238
TECNICO AUDIOMETRISTA	1.200	148	15	15
TECNICO LABORATORIO	30.000	1.079	36	52
TECNICO NEUROFISIOPATOLOGIA	1.500	239	16	16
TECNICO RADIOLOGIA	21.000	1.300	35	62
DIETISTA	3.000	354	22	24
IGIENISTA DENTALE	2.200	537	29	32
TECNICO AUDIOPROTESISTA	2.500	223	13	13
TECNICO FISIOPAT. CARDIOCIRC.	3.000	196	13	15
TECNICO ORTOPEDICO	3.000	150	9	9
PREVENZIONE	38.600	974	34	41
ASSISTENTE SANITARIO	8.600	210	9	10
TECNICO PREVENZIONE	30.000	764	25	31
TOTALE su 22 Profili	528.200	24.541	449	755

Tab. 1 - Aree professionali e classi di laurea.

I lavori del TT2

Il tavolo tecnico si riunisce quattro volte: nella prima riunione del 3 novembre 2004 vengono nominati il Coordinatore del TT2, L.Frati e il Segretario, A. Lenzi.

Seguono altre tre riunioni: 22 novembre, 15 dicembre e 12 gennaio, durante le quali vengono discussi e definiti i criteri sulle proposte da presentare.

I lavori si svolgono in sintonia con le riunioni plenarie dei sei Tavoli Tecnici, il 24 novembre, 22 dicembre e 18 gennaio, con la presenza del Sottosegretario MIUR, Siliquini.

Si chiudono il 21 gennaio con la presentazione delle varie proposte, sia della triennale che della magistrale: per la Classe I da L. Frati con M.A. Bianco e A. Silvestro; per la Classe II da V. Manigrasso; per la Classe III da A. Mastrillo con L. Frati, G. Brancato e G. Cecchetto e per la Classe IV da A. Mastrillo con L. Frati e M. Buzzoni.

Le proposte avanzate

Le proposte presentate sono in totale otto: quattro per la triennale e quattro per la magistrale, nel contesto della rappresentanza Universitaria e CUN, composta da A. Lenzi, A. Manazza, F. Palmieri, A. Pinchera e C. Violani, che fanno parte di tutti i gruppi di lavoro delle quattro classi.

Le proposte sono state elaborate, previo consultazioni con alcuni Presidenti dei Corsi di Laurea e con i Presidenti delle Professioni, all'unanimità per le classi 1, 3 e 4, e a maggioranza per la classe 2. In ogni caso c'è stata una larga condivisione degli aspetti generali e comuni a tutte le quattro classi e i 22 corsi di studio.

Quali modifiche per le lauree triennali

Le modifiche adottate si riferiscono all'obiettivo indicato dal nuovo decreto di favorire l'aspetto professionalizzante (art. 3.5) ai fini "dell'inserimento nel mondo del lavoro ed all'esercizio della correlate attività professionali regolamentate".

Per garantire ciò, secondo l'art. 10.3, sono stati

Modifica ordinamenti didattici > lauree triennali			
Attuale DM 509		Nuovo DM 270	
	CFU		CFU
a) Base	18	15%	
Propedeutiche	8		
Biomediche	10		
b) Caratterizzanti	53	45%	
Professione	24		
Tirocinio	20		
Medico chirurgiche	2		
Prevenzione e servizi sanitari	2		
Primo soccorso	5		
c) Affini o Integrative	18	15%	
Interdisciplinari cliniche	12		
Umane e psicopedagogiche	2		
Management sanitario	2		
Interdisciplinari	2		
Ulteriori Art. 10 comma 1 c-f	29	25%	
d) A scelta studente	9		
e) Prova finale e lingua	11		
f) Altre (Informatica, radioprot. ecc)	9		
Vincolati	118	66%	
Autonomia	62	34%	
TOTALE	180		
A) Base	22	15%	
Propedeutiche	8		
Biomediche e Genetica	11		
Primo soccorso	3		
B) Caratterizzanti	104	69%	
Profilo professionale	30		
e) Tirocinio	60		
Medico chirurgiche	2		
Prevenzione e servizi sanitari	2		
Interdisciplinari cliniche	4		
Umane e psicopedagogiche	2		
Management sanitario	2		
Interdisciplinari	2		
Ulteriori, Art.10, comma 5	24	16%	
a) A scelta studente	6		
c) Prova finale e lingua	9		
d) Altre (Informatica, radioprot. ecc)	6		
d) Laboratori professionali	3		
Vincolati	150	83%	
Autonomia	30	17%	
TOTALE	180		

Tab. 2 - Modifica della laurea triennale.

assegnati 30 CFU all'ambito professionalizzante specifico.

Altri 60 CFU sono stati riservati al tirocinio, secondo l'art. 10, comma 5, e): "nell'ipotesi di cui all'articolo 3, comma 5, attività formative relative agli stages e ai tirocini formativi presso imprese, amministrazioni pubbliche, enti pubblici o privati ivi compresi quelli del terzo settore, ordini e collegi professionali sulla base di apposite convenzioni".

Come evidenziato in tabella 2, in corsivo, i CFU per ambito sono la stima fatta sugli attuali Ordinamenti didattici, rispetto al numero di CFU stabiliti per le varie attività formative di base (A), caratterizzante (B), affine e integrativa (C).

Mentre con il DM 270 vengono specificamente stabiliti anche i CFU per ogni ambito. La precedente attività formativa "affine-integrativa" è stata inglobata fra la base e la caratterizzante.

La riduzione dei CFU per l'autonomia da 62 a 30 è stata effettuata per garantire il vincolo di almeno 60 CFU al tirocinio, a cui possono essere aggiunti anche tutti gli altri 30 CFU dell'autonomia, fino ad arrivare a 90 CFU, esattamente la metà dell'intero

triennio formativo.

Vengono così recepiti gli obiettivi della riforma dando uniformità del percorso formativo a livello nazionale

Quali modifiche per le lauree magistrali

Per le Magistrali, biennali, post laurea base triennale si è proceduto analogamente, stabilendo i CFU per ciascun ambito.

Come stabilito dal MIUR, nelle schede del CINECA, tutte le attività sono state raggruppate sotto l'attività formativa "Caratterizzante". Il tirocinio è stata fissato in 30 CFU.

Altri 20 CFU sono stati assegnati all'ambito delle "Professioni" e riguardano l'insieme degli ambiti degli specifici corsi di laurea. Nel caso della classe terza tecnica diagnostica comprendono 4 professioni: Tecnici di Audiometria, Laboratorio, Neurofisiopatologia e Radiologia, Va ricordato che l'obiettivo della magistrale è prioritariamente quello di formare dirigenti dei servizi, cultori delle discipline specifiche professioni e docenti dei corsi di laurea. Occorre quindi una conoscenza trasversale delle varie professioni.

Modifica ordinamenti didattici lauree specialistiche > magistrali					
Attuale DM 509			Nuovo DM 270		
	Trienn+Bienn	Diff.			CFU
a) Base	18	30	12	Caratterizzanti	80
Propedeutiche				Propedeutiche	2
Biomediche				Biomediche	2
Giuridiche ed economiche				Giuridiche ed economiche	3
Statistica ed epidemiologia				Statistica ed epidemiologia	2
b) Caratterizzanti	53	90	37	e) Tirocinio formativo	30
Professioni				Professioni	20
Prevenzione e servizi sanitari				Prevenzione e servizi sanitari	3
*Primo soccorso				* Primo soccorso	
Management sanitario				Management sanitario	6
Umane e psicopedagogiche				Umane e psicopedagogiche	4
Informatiche applicate alla gestione sanitaria				Informatiche applicate alla gestione sanitaria	3
c) Affini o integrative	18	30	12	Biologiche, mediche e chirurgiche	2
Biologiche, mediche e chirurgiche				Dimensioni antropologiche, pedagogiche e psicologiche	3
Dimensioni antropologiche, pedagogiche e psicologiche					
Ulteriori Art. 10 comma 1 c-f	29	48	19	Art.10, comma 5 (negli obiettivi)	20
d) A scelta studente	9	15	6	a) A scelta studente	6
e) Prova finale e lingua	11	18	7	c) Prova finale e lingua	9
f) Altre (Informatica, ecc)	9	15	6	d) Altre (Informatica e laboratori)	5
Vincolati	118	198	80	Vincolati	100
Autonomia	62	102	40	Autonomia	20
TOTALE	180	300	120	TOTALE	120
<small>*Primo soccorso solo per la prima classe Inf-Ost</small>					

Tab. 3 - Modifica delle lauree specialistiche > magistrali.

Conclusioni e prospettive

I lavori del TT2 sono durati circa tre mesi, con quattro riunioni e tre assemblee con gli altri cinque Tavoli. La relazione finale del TT2 è stata consegnata il 22 gennaio 2005 dal Coordinatore, L. Frati.

Le proposte sono state esaminate dal Comitato Tecnico Scientifico MIUR e trasmesse in giugno 2005 al CUN per il relativo parere che è stato rilasciato il 22 dicembre 2005.

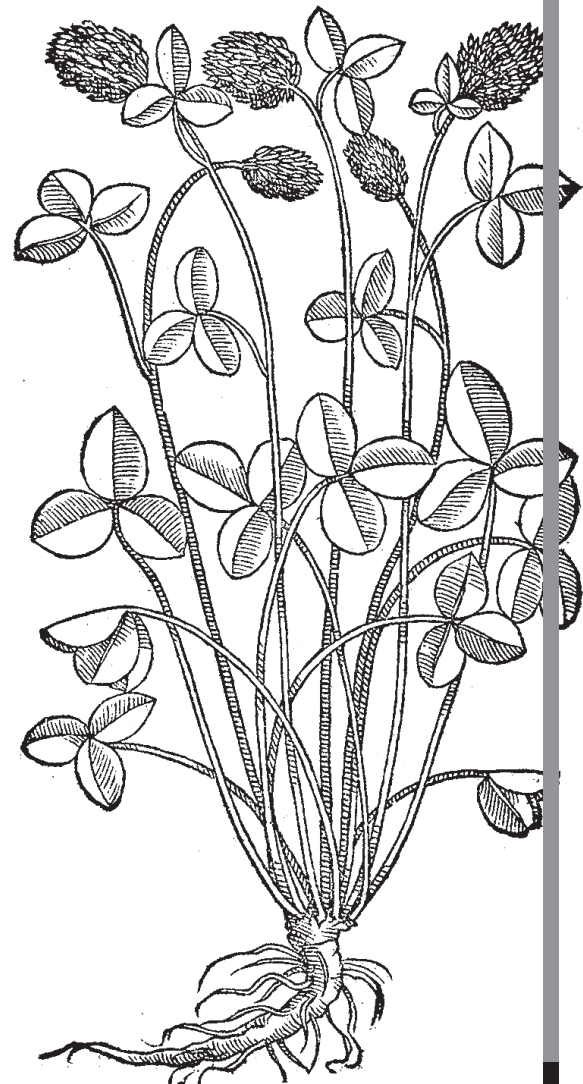
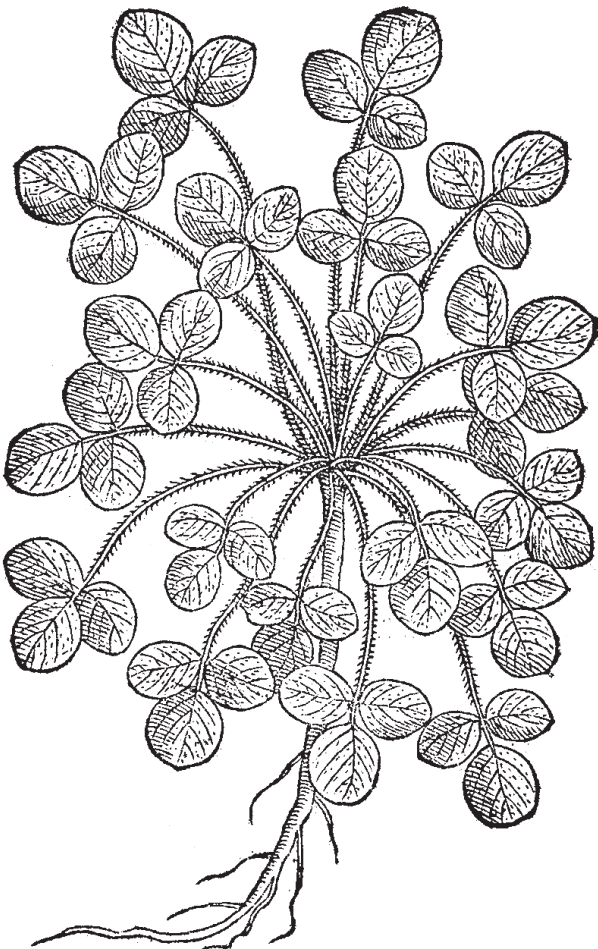
Il MIUR ha trasmesso al Parlamento tutte le proposte dei Tavoli Tecnici, ad eccezione delle triennali delle professioni sanitarie, perché in attesa del parere del Ministero della Salute per la prevista decretazione congiunta.

Il 21 febbraio al Senato e il 1° marzo alla Camera sono stati approvati i rispettivi atti dell' 8 febbraio 2006, nn. 617, 618 e 619. I Decreti sono stati inviati per la registrazione alla Corte dei Conti e la successiva pubblicazione in Gazzetta Ufficiale. Ma, a metà maggio, il nuovo Ministro dell'Università, F. Mussi, li ha bloccati al fine di farne una revisione entro i prossimi

tre mesi. Come era stato chiesto più volte sia dalla CRUI che dal CUN i corsi con i nuovi ordinamenti non saranno quindi attivati dal prossimo A.A. 2006-07, ma dal successivo A.A. 2007-08.

Sintesi delle modifiche generali

- 1) Stabiliti i 60 CFU del tirocinio per la triennale e i 30 per la magistrale
- 2) Fissati 30 CFU per la didattica professionalizzante di ciascuno dei profili "differenziati" come previsto dall'art. 10, comma 3. Fissati 20 CFU di classe per la magistrale.
- 3) Spostato Genetica nell'ambito delle scienze biologiche.
- 4) Adeguata la definizione degli ambiti per ciascun corso alla terminologia CUN del 21 novembre 2001: ad es: da "Scienze fisioterapiche" a "Scienze della Fisioterapia"; da "Diagnostica per laboratorio biomedico" a "Scienze e tecniche di laboratorio biomedico".
- 5) Ridotti a metà i CFU per l'autonomia di Ateneo, da



62 a 30 nella triennale e da 40 a 20 nella magistrale. Ciò per "fissare" i CFU del tirocinio.

- 6) Ridotti da 9 a 6 i SSD della scelta studente.
- 7) Inserito su richiesta degli Infermieri un nuovo ambito "Laboratorio professionale" con 3 CFU.
- 8) Precisazione per l'incarico triennale al coordinatore che deve essere dello specifico profilo del corso.
- 9) Previsione del coordinatore anche per la magistrale, con incarico biennale, appartenente ad uno dei corsi della classe.
- 10) Aggiunto MED/50 a Podologo, Tecnico Prevenzione e Assistente Sanitario
- 11) Integrato i SSD per Tecnico di Laboratorio Biomedico ed estensione dell'attività anche sulla Zooprofilassi e sul settore delle Biotecnologie.
- 12) Integrato i SSD per la Prevenzione per coprire le esigenze della Veterinaria.

Riferimenti normativi

- 1) Decreto MIUR 22 ottobre 2004, n. 270
(G.U. 12 novembre 2004, n. 266)
Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509.
- 2) Decreto MURST 3 novembre 1999, n. 509
(G. U. 4 gennaio 2000, n. 2)
Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica

degli atenei.

- 3) LEGGE 2 agosto 1999, n. 264
(G.U. 6 agosto 1999, n. 183)
Norme in materia di accessi ai corsi universitari.
- 4) Decreto Presidente Repubblica 10 marzo 1982, n. 162
(G.U. 17 aprile 1982, n. 105)
Riordinamento delle scuole dirette ai fini speciali, delle scuole di specializzazione e dei corsi di perfezionamento
- 5) Legge 19 novembre 1990, n. 341
(G.U. 23 novembre 1990, n. 274)
Riforma degli ordinamenti didattici universitari
- 6) Decreto Interministeriale Università-Sanità 24 luglio 1996
(G. U. 14 ottobre 1996, n. 241, S.O. n. 168)
Approvazione della Tabella XVIII-ter recante gli ordinamenti didattici universitari dei Corsi di diploma universitario dell'area sanitaria, in adeguamento dell'articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341
- 7) Decreti Interministeriali Università-Sanità 2 aprile 2001
(G. U. 5 giugno 2001, n. 128. S. O. n. 136)
Determinazione delle classi delle lauree e delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie
- 8) Decreto MURST 4 agosto 2000
(G. U. 19 ottobre 2000, n. 245. S.O. n. 170)
Determinazione delle classi delle lauree universitarie
- 9) D.M. MURST 28 novembre 2000
(G. U. 23 gennaio 2001, n. 18)
Determinazione delle classi delle lauree specialistiche
- 10) DM MIUR 11 ottobre 2004
Costituzione dei Tavoli Tecnici
- 11) DM MIUR 22 ottobre 2004
Costituzione dei Tavoli Tecnici, integrazione al TT2 per la rappresentanza delle professioni sanitarie
- 12) DM Sanità 29 marzo 2001
(G. U. 23 maggio, n. 118)
Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4, della legge 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, legge n. 251/2000).

Scegliere i medici del futuro, proposte per l'aggiornamento del test di ingresso

Giuseppe Familiari (Roma)

La società odierna richiede metodi di cura diversi rispetto al passato. Essa *esige* infatti, non solo scienza, ma anche cultura, utilità, valori, modalità, sensibilità, personalizzazione. Il *paziente*, nella sua accezione tradizionale, è profondamente mutato, per comprenderlo veramente non è sufficiente la conoscenza scientifica, ad essa devono essere affiancate altre forme di saperi, di abilità, di capacità, di sensibilità. Per venire incontro a queste necessità, nei nostri Corsi di Laurea è in atto un processo di ripensamento dell'intero corpo concettuale della medicina. Gli sviluppi recenti nell'educazione medica rendono necessaria quindi la selezione di studenti che abbiano la capacità di potersi adattare a queste nuove prospettive, e che possiedano buona attitudine al contatto umano e al lavoro di gruppo, unite ad una buona abilità ad analizzare e risolvere problemi, ad acquisire autonomamente e con senso critico nuove conoscenze.

Le procedure di selezione attualmente in vigore sono centrate sull'accertamento di conoscenze specifiche, rappresentano pertanto un semplice meccanismo burocratico utile a generare una graduatoria e a limitare il numero degli iscritti in relazione ai posti disponibili, non sono strutturate invece per la selezione di studenti che abbiano reali potenzialità per diventare buoni medici.

Queste premesse forniscono una indicazione chiara ed urgente sulla necessità di una modifica degli attuali criteri di selezione degli studenti per i Corsi di Medicina in Italia; nella convinzione che, oltre all'accertamento delle conoscenze, debbano essere censite anche ulteriori specifiche attitudini e competenze richieste dalle nuove esigenze del Sistema Sanitario internazionale.

Alcune proposte per l'aggiornamento del test di ingresso, rappresentative di un livello che potrebbe essere definito *essenziale*, sono state discusse ed elaborate dalla Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia congiuntamente alla Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, sulla base di quanto elaborato dal Gruppo di studio *Accesso alla Facoltà e Inserimento Professionale della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia*. Il Gruppo di studio, in alcuni anni d'attività, ha tentato di porre delle basi di *evidenza* studiando il processo di

selezione in vigore in Italia e analizzando le diverse tipologie di test di ingresso attualmente in uso negli altri paesi, proponendo inoltre possibili correzioni all'attuale test, nel rispetto delle leggi attualmente vigenti.

Vi sono, nella mozione e nei due allegati, alcuni punti molto interessanti che il MIUR dovrebbe valutare con grande attenzione.

Come richiesto nell'allegato 1, maggiore importanza dovrebbe essere data alla *considerazione del voto di maturità*, non solo per la valutazione all'ingresso, ma anche per la quantificazione del debito formativo. Così facendo verrebbe valorizzata e premiata la grande responsabilità della Scuola Media Superiore nella formazione degli studenti, sia in termini di rigore logico che di cultura generale, nell'addestramento alla disciplina intellettuale, come capacità di attenzione e concentrazione.

Come invece specificato nell'allegato 2, di grande interesse potrebbe essere la sperimentazione di *test psico-attitudinali specifici*. Questi potrebbero meglio verificare la predisposizione e la motivazione di ognuno a svolgere una professione così impegnativa quale quella del medico.

Ancora utile potrebbe essere l'introduzione di *colloqui strutturati* su di un campione di studenti pre-selezionato dal test scritto o la sperimentazione del *breve saggio scritto*, già in uso, come del resto il colloquio, in molte Università Europee.

Pur considerando le limitazioni legate non solo all'allungamento esponenziale dei tempi e del lavoro ma anche alla soggettività, questo potrebbe essere un ulteriore modo per perfezionare, dopo un adeguato periodo di sperimentazione sugli studenti già ammessi, il sistema di selezione e renderlo maggiormente coerente con il proprio modello formativo.

Un test di selezione ideale per l'ingresso a Medicina è realmente *difficile* da costruire, anche perché sono pochi gli studi internazionali sulla qualità effettiva dei metodi di selezione attualmente in uso nel mondo. Le proposte delle Conferenze spingono a *sperimentare* i metodi di selezione, prima di utilizzarli, al pari dei principi che regolano la *evidence based medicine*, orientandosi su principi di *best evidence medical education*. E' una sfida di non facile attuazione, ma cruciale per il futuro dei nostri medici.

Conferenza Permanente dei Presidi
delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

Conferenza Permanente dei Presidenti di CCLM in
Medicina e Chirurgia

Al Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca

Al Direttore Generale
Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca SEDE

La Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e la Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, riunitesi in Roma il 20 Marzo 2006, hanno approvato, all'unanimità, la seguente mozione

**La Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e
la Conferenza dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia**

considerato che

- la selezione di uno studente "idoneo" per la Facoltà di Medicina è un evento cruciale che, in sinergia con il processo di rinnovamento dei corsi che tutte le Facoltà italiane hanno attivato, dovrebbe consentire la formazione di un "buon medico" che sappia rispondere in pieno alla complessità della sua "missione";
- l'attuale test di ammissione non è conforme a quanto indicato dal "Report and Recommendations on Undergraduate Medical Education. Doc. 111/F/5127/2/92, Brussels, 28.10.1992", dell'"Advisory Committee on Medical Training, Commission of the European Communities";
- la *World Federation on Medical Education*, nell'anno 2000, ha dato indicazioni in tema d'ammissione, invitando le Facoltà Mediche a perfezionare e migliorare criteri e metodi di ammissione;
- l'ingresso alle Facoltà di Medicina statali in Italia, attualmente disciplinato dalla Legge 2 Agosto 1999 n. 264, è basato su un test unico predisposto da una Commissione ministeriale, svolto nello stesso giorno su tutto il territorio nazionale, con graduatoria locale per le singole Facoltà, senza previsione di valutazione della carriera scolastica e del voto di maturità;
- modelli d'ammissione diversi sono tuttavia presenti nel territorio italiano, e si riferiscono al Campus Biomedico di Roma, all'Università Cattolica di Roma e al S.Raffaele di Milano, in alcuni dei quali sono previsti la valutazione del voto di maturità e colloqui psico-attitudinali;
- "Nuove proposte in tema di ammissione al Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia" sono state discusse ed elaborate dalla Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia nelle sedute che si sono tenute ad Ancona il 14 Dicembre 2001 e a Bologna il 25 febbraio 2002, dalla Conferenza dei Presidi nelle sedute del 12 Febbraio 2001 e del 18 Dicembre 2002, dalla Conferenza Congiunta dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia nella seduta dell'11-12 Aprile 2003 tenutasi ad Ancona;
- numerosi studi condotti dal *Gruppo di Studio Orientamento ed Accesso* della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia hanno prodotto evidenze sull'inadeguatezza dell'attuale esame di ammissione alla Facoltà di Medicina e Chirurgia (cfr: MEDIC, 10: 182-185, 2002; Med Chir 17: 600-609, 2002; Med Chir 19: 695-703, 2002; Med Chir 22: 840-845, 2003; Med Chir 25: 943-947, 2004; Med Chir 28: 1068-1073, 2005; Med Chir 29: 1099-1102, 2005);

ritengono

- **di dover sottoporre** alla diretta attenzione dell'Onorevole Ministro l'intero contenuto delle **nuove proposte in tema di ammissione**, attuabili nel pieno rispetto della legge 2 Agosto 1999, n. 264, come descritto nell'Allegato 1;
- **di dover chiedere direttamente all'Onorevole Ministro che sia valutato**, ai fini dell'ammissione alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, **il voto dell'Esame di Maturità**, con un'incidenza non inferiore al 10% della valutazione globale, già nel concorso d'ammissione del prossimo anno accademico 2006-2007, in relazione all'importanza irrinunciabile di tale punto nel processo globale di selezione.
- **di voler istituire un tavolo di discussione paritetico** MIUR - Conferenza dei Presidi e dei Presidenti CCLS in Medicina e Chirurgia, che discuta sull'applicabilità delle proposte di cui all'Allegato 2 alla presente mozione.

PROPOSTE PER L'ESAME DI AMMISSIONE

Il Presidente
Prof. Luigi Frati

al Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Il Presidente
Prof. Adrea Lenzi

Formulazione di **quesiti di Biologia, Chimica, Fisica e Matematica meglio calibrati** sulla base delle diversità dei programmi della Scuola media superiore con un peso relativo non superiore a circa il 50% della valutazione globale, ed una **revisione dell'attuale programma** che appare non conforme alla preparazione media degli studenti che provengono dai diversi percorsi della scuola media superiore.

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

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

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

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

*Il Presidente
della Conferenza dei Presidi
delle Facoltà
Prof. Luigi Frati*

*Il Presidente
della Conferenza dei Presidenti di CCLM
in Medicina e Chirurgia
Prof. Andrea Lenzi*

**PROPOSTA DI SPERIMENTAZIONE PER L'ESAME DI AMMISSIONE
al Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia**

Possibilità, per i singoli Atenei, di utilizzare test psico-attitudinali specifici, colloqui strutturati o il breve saggio scritto, proposti sulla base del profilo specifico del Corso di Laurea previsto dall'art.12 comma 2 punti a-e del D.M. 509/99 e dell'art.3 comma 1 del DM 28.11.2000 e nel rispetto dell'autonomia e della competizione amministrativa degli Atenei, e comunque già ampiamente utilizzati dalle Facoltà Mediche in Europa. Tale possibilità andrebbe tuttavia autorizzata dopo un periodo di sperimentazione, e con un peso relativo non superiore al 10% della valutazione globale.

*Il Presidente
della Conferenza dei Presidi
delle Facoltà
Prof. Luigi Frati*

*Il Presidente
della Conferenza dei Presidenti di CCLM
in Medicina e Chirurgia
Prof. Andrea Lenzi*

Il Corso di Comunicazione e relazione in Medicina del Polo San Paolo della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano

Loredana Odone, Sabrina Ferrari, Elena Vegni, Egidio Aldo Moja (Milano)

Introduzione

L'importanza di una comunicazione efficace tra medico e paziente è stata ormai largamente dimostrata e alle competenze comunicativo-relazionali è stato riconosciuto, per lo meno a livello internazionale, un ruolo centrale nella pratica clinica (McManus et al., 1993). Numerosi studi in letteratura hanno dimostrato come una buona comunicazione aumenti le capacità di comprendere e memorizzare le informazioni, favorendo la soddisfazione e la compliance nel paziente (Van Dalen et al., 2001; Simpson et al., 2001). D'altra parte, numerosi contributi hanno dimostrato come una "cattiva" comunicazione, più che l'incompetenza clinica, sia spesso la reale causa delle incomprensioni tra i medici e i pazienti e delle eventuali cause legali conseguenti (e.g., McManus et al., 1993). La letteratura internazionale ribadisce la possibilità e la necessità di insegnare e valutare le competenze relazionali e comunicative attraverso specifici percorsi formativi all'interno del corso di studi di medici e operatori sanitari (e.g., Makoul e Schofield, 1999; Aspegren, 1999). Ad esempio, nel 2003, il General Medical Council ha confermato l'importanza dell'insegnamento delle competenze comunicativo-relazionali all'interno del *curriculum studii* degli studenti di medicina nel Regno Unito dichiarando che alla fine del curriculum gli studenti debbono dimostrare di aver acquisito una sufficiente competenza in campo relazionale (General Medical Council, 2003). Analoghe direttive sono state formulate da altre organizzazioni in altri paesi (e.g., AAMC, 1999).

Su queste basi, e nell'ottica di una sperimentazione didattica consentita dalla normativa relativa all'autonomia universitaria, presso il Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano è stato introdotto nell'anno accademico 1998/99 il Corso integrato di "Comunicazione e Relazione in Medicina" (per un approfondimento del tema relativo all'introduzione del Corso si veda Vegni et al., 2000).

Tale innovazione si deve all'impegno del Consiglio di Corso di Laurea, allora presieduto dal professor Guido Coggi, che per primo in Italia attivò questo percorso didattico.

Si tratta di un Corso integrato, per un totale di 100 ore/studente, specifico rispetto alle tematiche comunicativo-relazionali della visita medica.

Obiettivo del presente articolo è la descrizione del Corso così come viene realizzato presso il Polo dell'Ospedale San Paolo, uno dei tre poli universitari della Facoltà di Medicina di Milano a cui accedono

80-90 studenti ogni anno. In particolare saranno descritte: la struttura generale del Corso, gli obiettivi specifici, la metodologia didattica utilizzata. Verrà inoltre illustrato lo strumento utilizzato per la valutazione certificativa degli studenti. A conclusione del lavoro, saranno discussi punti di forza, limiti e criticità del Corso medesimo.

La struttura del Corso, gli obiettivi e le metodologie didattiche

Il Corso integrato di "Comunicazione e Relazione in Medicina" ha una struttura longitudinale e copre attualmente un percorso che comprende tutto il terzo e tutto il quarto anno del Corso di laurea in Medicina, per un totale di 100 ore/studente. È facile intuire come l'introduzione del Corso abbia rappresentato una grossa novità¹ se si pensa che precedentemente questi temi venivano affrontati in un Corso di 20 ore compreso all'interno del Corso integrato di "Metodologia Clinica".

L'inizio precoce e la distribuzione lungo due anni accademici rispondono alle seguenti esigenze: in linea con analoghe iniziative didattiche internazionali, il Corso intende valorizzare le abilità comunicativo-relazionali sociali degli studenti rispetto ad un percorso formativo che insiste fin dall'inizio sulla formazione tecnico-biologica e che tende a impoverire, nella teoria e nella pratica, tali competenze; accompagnare gli studenti fornendo loro le competenze comunicativo-relazionali professionali prima e durante la fase di introduzione alla clinica e al primo incontro con il paziente (previsto al 2° semestre del 3° anno).

Il Corso è articolato in quattro fasi. La prima fase prevede la presentazione di alcuni presupposti essenziali allo studio della comunicazione e relazione medico-paziente (i modelli di medicina); nella seconda fase vengono analizzati gli elementi basilari della comunicazione (a partire dalle competenze sociali quotidiane per entrare nella specificità della interazione medico-paziente); nella terza fase gli studenti imparano ad utilizzare alcune strategie di comunicazione affrontando la consultazione nella sua articolazione temporale (apertura, raccogliere informazioni, dare informazioni, chiusura); nell'ultima fase vengono affrontate situazioni specifiche ed emblematiche della medicina (ad esempio, la comunicazione di una diagnosi infausta). Le prime due fasi del Corso affrontano, nella pratica, i presupposti teorici generali utili per lo sviluppo delle due fasi successive, che occupano uno spazio più ampio

e approfondito.

La finalità del Corso è quella di far acquisire agli studenti gli strumenti necessari per gestire in modo consapevole gli aspetti comunicativo-relazionali nella loro futura professione medica. L'attenzione del Corso è rivolta all'acquisizione di strumenti di comunicazione indispensabili nel contesto della relazione duale con il paziente, nella relazione con i familiari e la rete sociale del malato e, non ultimo, nell'équipe sanitaria.

Per ciascuna fase e ciascun argomento sono stati individuati degli obiettivi didattici specifici, per un totale di 67 obiettivi formativi (si veda Tab. 1). La strutturazione del Corso per obiettivi specifici è legata all'esigenza irrinunciabile di passare da un livello di generica aspettativa rispetto allo studente (per esempio, saper comunicare in modo empatico con il malato) a un livello di maggior

verificabilità (per esempio, saper identificare ed utilizzare in un colloquio clinico una espressione empatica).

L'identificazione di obiettivi specifici ha permesso l'individuazione delle metodologie didattiche più adatte per l'insegnamento-apprendimento delle diverse tematiche. In particolare, per gli obiettivi attinenti all'area del "sapere" (per esempio, descrivere i vantaggi e i limiti del modello patient centred nella relazione medico-paziente) il Corso prevede l'utilizzo di lezioni frontali, lavori in piccoli gruppi, o studio individuale; per gli obiettivi attinenti all'area più specificamente psico-attitudinale, il cosiddetto "saper fare" (per esempio, riconoscere i segnali relativi al vissuto di malattia in una videoregistrazione di un colloquio medico-paziente o gestire una risposta emotiva di un paziente in un role playing), è previsto l'utilizzo

Obiettivi formativi del Corso di *Comunicazione e Relazione in Medicina*

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Descrivere l'importanza di un modello culturale per la pratica medica - Accennare agli eventi della storia della medicina che hanno contribuito alla strutturazione del Modello Disease Centred, con particolare riferimento ai contributi di Cartesio, Sydenam, e alle riflessioni derivanti dalle scoperte dell'anatomia patologica e dall'introduzione del disegno sperimentale - Descrivere le caratteristiche principali del modello di Medicina Disease Centred - Discutere punti di forza e punti di debolezza di tale modello - Accennare alle ragioni epidemiologiche, sociologiche e culturali per cui il Modello Disease Centred è divenuto oggi oggetto di critica - Descrivere le caratteristiche principali del modello di Medicina Patient Centred - Definire il ruolo della comunicazione all'interno del Modello Patient Centred - Discutere punti di forza e punti di debolezza di tale modello - Discutere le principali differenze fra il Modello Disease Centred ed il Modello Patient Centred - Descrivere il concetto di "vissuto di malattia" (approfondire la differenza tra illness e sickness) - Descrivere ed esemplificare tramite casi clinici il concetto di "agenda" del paziente e le sue principali aree (sentimenti, aspettative, desideri, idee e interpretazioni del paziente relativi alla sua malattia) - Riconoscere l'agenda in una visita medica - Costruire la storia di malattia di un paziente facendo riferimento agli aspetti specifici delle quattro aree dell'agenda - Definire il concetto di "prompts" (suggerimenti) e "cues" (indizi) quali segnali, verbali e non verbali, consapevoli e inconsapevoli, del "vissuto di malattia" del paziente - Saper riconoscere tali segnali in una visita medica, in particolare nella fase di raccolta delle informazioni - Discutere le funzioni fondamentali della comunicazione | <ul style="list-style-type: none"> - nella consultazione: raccogliere informazioni, dare informazioni/educare/negoziare, costruire una relazione - Descrivere le caratteristiche del processo comunicativo relazionale e l'articolazione degli scopi all'interno del circuito: raccogliere le informazioni/controllare la propria comprensione/dare l'informazione/controllare l'altrui comprensione - Descrivere, esemplificare e riconoscere in colloqui professionali le seguenti capacità/tecniche per la raccolta di informazioni: questioning skills (domande chiuse, domande aperte, tecnica di eco), listening skills (silenzio, tecniche di continuazione) - Descrivere, esemplificare e riconoscere in colloqui clinici professionali le seguenti capacità/tecniche per il controllo della propria e dell'altrui comprensione: checking skills (parafrasi, brevi ricapitolazioni, espressioni empatiche, legittimazioni, partnership), checking back skills (feedback) - Descrivere, esemplificare e riconoscere in colloqui clinici professionali le seguenti capacità/tecniche per la restituzione di informazioni: capacità di processo (focusing, categorizzazioni, sintesi) - Utilizzare alcune delle tecniche sopra descritte in situazioni simulate decontestualizzate e contestualizzate - Accennare le principali caratteristiche psicologiche del pensiero umano secondo una prospettiva cognitiva - Discutere le caratteristiche psicologiche cognitive del ragionamento clinico con particolare riferimento ai concetti di PS (problem solving), PBL (problem based learning), euristiche - Accennare le principali caratteristiche psicologiche del pensiero umano secondo una prospettiva psicodinamica - Discutere le implicazioni dell'approccio psicodinamico per la comprensione del funzionamento psichico di medico e paziente nella relazione clinica - Accennare ai concetti principali della psicologia sociale con particolare attenzione alle implicazioni relative alle rappresentazioni sociali della professione medica e della malattia - Definire il concetto di "compliance" e la sua importanza |
|--|---|

<p>nella pratica medica</p> <ul style="list-style-type: none">- Descrivere i fattori che influiscono sulla compliance del paziente e in particolare i fattori cognitivi, emotivi e socio-culturali- Descrivere le tecniche di misurazione della compliance- Esempificare l'utilizzo delle tecniche di comunicazione acquisite per favorire la compliance del paziente- Introdurre la differenza tra malattia <i>cronica</i> e malattia <i>acuta</i>- Identificare le caratteristiche generali del paziente cronico (sia a livello fisico sia a livello psicologico) con esempi clinici- Analizzare l'incidenza psicologica della malattia cronica con particolare riferimento a:<ul style="list-style-type: none">- immagine del corpo- identità personale- vissuto di perdita- integrazione di un nuovo sé- Discutere le specificità del concetto di agenda nel caso di patologie croniche- Presentare e discutere le fasi di elaborazione della malattia cronica- Sottolineare la differenza nel concetto di compliance/aderenza nel:<ul style="list-style-type: none">- Modello Disease Centred- Modello Patient Centred- Esempificare l'utilizzo delle tecniche di comunicazione nel colloquio con il paziente cronico- Discutere e sperimentare tramite il sociodramma il ruolo delle emozioni dell'operatore sanitario in quanto professionista e in quanto persona nelle interazioni duali e plurali (équipe) della professione medica- Definire i valori professionali della medicina- Descrivere ed esemplificare il concetto di dilemma etico- Descrivere le implicazioni valoriali di casi clinici tratti dall'esperienza professionale- Descrivere le caratteristiche degli stili relazionali secondo il modello di Emmanuel & Emmanuel e le implicazioni rispetto ai valori professionali medici- Discutere i rapporti fra Medicina Patient Centred e stili relazionali- Descrivere le caratteristiche generali del concetto di "meccanismi di difesa" secondo la prospettiva psicodinamica- Discutere il concetto di normalità/patologia verso attività/disadattività con riferimento ai meccanismi di difesa e l'applicabilità dello stesso nella pratica medica con riferimento ai molteplici soggetti coinvolti (operatori sanitario, paziente, famiglia)- Esempificare i principali meccanismi di difesa e la loro attività/rischio con riferimento all'attività clinica medica- Accennare al concetto di consenso informato e la sua utilità ai fini della relazione medico paziente e dell'educazione del malato- Discutere i rapporti fra il Modello Patient Centred e la proposta di Buckman- Descrivere il protocollo di Buckman con particolare riferimento a:	<ul style="list-style-type: none">- il contesto- cosa sa il paziente- cosa desidera sapere- condividere le informazioni- fronteggiare i sentimenti <p>- Utilizzare le tecniche di comunicazione almeno in un contesto simulato per gestire la relazione di un paziente con una "cattiva notizia", in particolare nella fase anamnestica</p> <p>- Presentare le caratteristiche generali della ricerca e i risultati del lavoro di Elisabeth Kubler Ross discutendone la continuità rispetto alla prospettiva della Medicina Patient Centred</p> <p>- Descrivere le caratteristiche del percorso psicologico nel paziente morente secondo la prospettiva di Elisabeth Kubler Ross esemplificandone le diverse fasi attraverso casi clinici</p> <p>Discutere il ruolo dei meccanismi di difesa nelle fasi di accettazione della malattia</p> <p>Discutere le problematiche della ricerca sulla comunicazione in medicina con particolare riferimento alle analogie e alle differenze con la ricerca biologica</p> <p>Presentare gli elementi fondamentali per la ricerca sulla comunicazione e relazione in medicina, in particolare:</p> <p>Far emergere la differenza concettuale e d'uso della: ricerca qualitativa ricerca quantitativa</p> <p>Descrivere i principali strumenti per la raccolta dei dati nella ricerca sulla comunicazione in medicina: videoregistrazioni (VRM) di visite o di role playing, narrazioni, interviste</p> <p>Discutere in particolare i vantaggi, i limiti e i problemi etici dell'uso di VRM (di visite vere e di role playing)</p> <p>Descrivere alcuni strumenti dell'analisi dell'interazione medico-paziente con particolare riferimento al RIAS (Roter Interaction Analysis System) e al PCSS (Patient Centred Score Sheet)</p> <p>Discutere e analizzare un protocollo sperimentale relativo alla comunicazione in medicina</p> <p>Impostare almeno nei suoi aspetti generali un protocollo sperimentale relativo alla ricerca sulla comunicazione in medicina</p> <p>Definire il concetto di placebo e caratterizzarlo da un punto di vista storico</p> <p>Discutere e riconoscere il ruolo del placebo nella ricerca e nella pratica clinica e le sue implicazioni comunicativo-relazionali e valoriali</p> <p>Discutere le specificità e le implicazioni sul piano comunicativo-relazionale del colloquio clinico medico nei casi di relazione triadica</p> <p>Discutere le specificità e le implicazioni sul piano comunicativo-relazionale del colloquio clinico medico nei casi di relazione con paziente extra comunitario</p> <p>Discutere le specificità e le implicazioni sul piano comunicativo-relazionale del colloquio clinico medico nei casi di comunicazione in assenza di malattia</p> <p>Utilizzare le competenze comunicativo-relazionali almeno in contesti protetti (role playing) per sostenere un colloquio anamnestico nei casi di cui sopra</p>
---	--

Tab. 1 - Obiettivi formativi del Corso di Comunicazione e Relazione in Medicina.

di strategie didattiche quali gli esercizi di comunicazione, i role playing, l'uso di videoregistrazioni e la presenza di un paziente in aula. Infine, un preciso spazio è dedicato alle competenze del "saper essere" (per esempio, la gestione delle proprie emozioni) che vengono sviluppate con l'utilizzo di strumenti ampiamente esperienziali quali lo psicodramma in piccoli gruppi (Odone et al., 2006).

La valutazione certificativa

Nell'ottica di una sperimentazione didattica volta anche ad identificare strumenti adeguati per la valutazione certificativa del Corso introdotto, è stato realizzato un esame a stazioni multiple con l'obiettivo di una migliore standardizzazione della valutazione delle abilità comunicativo-relazionali degli studenti. E' noto infatti che le prove cognitive nella valutazione certificativa di abilità relative al campo comunicativo in medicina risultano ampiamente insufficienti. Nella letteratura internazionale è possibile rintracciare proposte di standardizzazione della valutazione di abilità attinenti al campo del saper fare e saper essere in ambito clinico: in particolare alcune facoltà mediche suggeriscono l'utilità di un esame clinico strutturato per obiettivi (OSCE: Objective Structured Clinical Examination) (Harden e Gleeson, 1979). Tale esame è organizzato in più stazioni ciascuna delle quali viene utilizzata per la verifica di un obiettivo formativo specifico clinico (ad esempio, misurazione della pressione arteriosa); una sola delle stazioni è di tipo relazionale.

Un'analoga strategia di valutazione obiettiva delle competenze è stata da noi utilizzata per il Corso di Comunicazione e Relazione: è stato infatti costruito un "OSCE relazionale", un esame strutturato per obiettivi sulle abilità comunicativo-relazionali. L'esame prevede 4 stazioni della durata di 5' l'una per un totale di 20'/studente. Descriveremo qui di seguito brevemente le caratteristiche di ciascuna stazione (per una più estesa discussione si veda Ferrari et al., 2002).

La prima stazione è volta alla valutazione dell'acquisizione di conoscenze teoriche e consiste di un test a risposte multiple. Nella seconda stazione viene utilizzata la trascrizione di un breve frammento di un colloquio fra un medico e un paziente: allo studente è chiesto di analizzare lo scambio comunicativo identificando gli aspetti relativi al vissuto di malattia del paziente e alle tecniche di comunicazione utilizzate dal medico. Nella terza stazione viene utilizzata come fonte di stimolo la trascrizione di una frase di un paziente: allo studente viene chiesto di utilizzare in risposta precise tecniche di comunicazione (ad esempio, la formulazione di una domanda chiusa per

esplorare il problema clinico). La quarta ed ultima stazione valuta l'acquisizione di competenze comunicativo-relazionali dello studente attraverso l'uso di un role playing: a ciascuno studente è chiesto di impersonare il proprio ruolo di studente del IV anno e di raccogliere l'anamnesi orientata al problema di un paziente. Il ruolo del paziente viene recitato da un attore sulla base di copioni in precedenza definiti e realizzati attingendo a storie reali di pazienti. Ciascuna stazione contribuisce con un massimo di 7.5/30 alla valutazione finale dello studente. Per la valutazione delle prime tre prove, i docenti si avvalgono di modelli di confronto. Per quanto riguarda la quarta stazione, i role playing, vengono videoregistrati e valutati attraverso due scale di codifica della relazione medico-paziente internazionalmente riconosciute il *Patient Centered Score Sheet* (Henbest e Stewart, 1989) e il *Roter Interaction Analysis System* (Roter, 1991).

Per la realizzazione di ciascuna sessione d'esame sono coinvolti: 1 docente, 4 tutor, 1 attore; la correzione dell'esame è affidata a 1 docente e 2 esperti di comunicazione.

Un breve esempio di ogni singola stazione dell'OSCE relazionale viene riportata nella Tab. 2.

Discussione e aree critiche

L'introduzione del Corso integrato di Comunicazione e Relazione costituisce una significativa novità sia per quanto riguarda il Corso nel suo svolgimento, sia per quanto riguarda la modalità di valutazione certificativa. Nonostante i molteplici suggerimenti della letteratura internazionale, l'insegnamento degli aspetti comunicativo-relazionali nel processo di formazione del medico è ancora ampiamente sottovalutato a livello italiano. Il Corso costituisce da questo punto di vista un possibile modello con caratteristiche relative al contenuto e alla didattica che appaiono del tutto sovrapponibili a quelle delle più avanzate università anglosassoni.

Per quanto riguarda l'aspetto specifico della valutazione certificativa, l'esperienza dell'OSCE relazionale costituisce una novità interessante anche sul piano internazionale. La sperimentazione di una prova standardizzata per la valutazione delle competenze comunicativo-relazionali appare in linea, se non in anticipo, rispetto ad analoghe sperimentazioni effettuate presso altre sedi (Hulsman et al., 2004).

Poiché il Corso è ancora ampiamente oggetto di revisioni critiche è utile discutere qui di seguito punti di forza e di debolezza.

Primo punto di forza del progetto è rappresentato dalla possibilità non solo di fornire ma anche di far sperimentare allo studente dei concetti operativi spendibili nella pratica clinica del tirocinio e della pro-

<p>I PROVA</p> <p>Test Cognitivo</p> <p><i>La domanda "come mai è così preoccupata?"</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. può favorire l'esplorazione delle interpretazioni del paziente 2. può favorire l'esplorazione dei sentimenti del paziente 3. può favorire l'esplorazione delle aspettative del paziente 4. può favorire la costruzione di una relazione <p>II PROVA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificazione del vissuto del paziente - Identificazione delle tecniche di comunicazione utilizzate dal medico 			
MEDICO	PAZIENTE	TECNICHE DEL MEDICO	VISSUTO DEL PAZIENTE
Buongiorno.	Buongiorno.	Domanda stimolo	
È un pò di tempo che non ci vediamo, come mai è qua oggi?			
	Eh, ho un forte mal di testa e mi sono molto spaventata...		Sentimenti
<p>III PROVA</p> <p>Utilizzo di tecniche di comunicazione</p> <p>Il caso di Annalisa</p> <p><i>Donna di 27 anni, deve essere operata per un'ernia inguinale</i></p> <p>Paziente: ...un mese fa, sì...mi è venuta fuori questa pallina, tipo, all'inguine... poi, diciamo in una settimana, è cresciuta e adesso sarà... come una noce, ecco...e mi hanno detto all'ambulatorio che è un'ernia inguinale e che va tolta...ne farei a meno, soprattutto ora... comunque ho prenotato per l'intervento e sono qui...</p> <p>Formulate una domanda aperta sul <i>disease</i>:</p> <p>IV PROVA</p> <p>Role Playing</p> <p>Mandato per lo studente: sei uno studente del IV anno, devi raccogliere una anamnesi orientata al problema</p> <p>Dati relativi al copione recitato dal paziente-attore</p> <p>Dati anagrafici: Giovanna Turchesi, dall'apparente età di 25 anni.</p> <p>Anamnesi prossima: la paziente viene ricoverata nel reparto di ortopedia in seguito ad una frattura scomposta dell'avambraccio destro arrecatasi durante un allenamento di pallavolo.</p> <p>Agenda: la paziente è arrabbiata perché è in tesi, per cui chiede che le vengano lasciate fuori le dita. La paziente lavora come baby sitter per mantenersi gli studi.</p> <p>La situazione familiare è molto difficile per cui la paziente chiede che non vengano avvertiti i genitori, e di poter prolungare il suo ricovero per fare la fisioterapia e di conseguenza non rientrare a casa.</p>			

Tab. 2 - Esempi delle singole stazioni dell'OSCE relazionale utilizzato per la valutazione certificativa degli studenti.

fessione futura. Il Corso garantisce un apprendimento di obiettivi inerenti al sapere, al saper fare e al saper essere che costituiscono delle skills irrinunciabili per la competenza medica nell'area della comunicazione.

Un secondo punto di forza è riscontrabile nell'utilizzo all'interno del Corso di diverse metodologie didattiche, alcune delle quali particolarmente innovative, che rispondono alla necessità di utilizzare metodi di insegnamento-apprendimento diversi a seconda dei diversi obiettivi. Fra le metodologie che costituiscono una interessante novità, il coinvolgimento dei

pazienti e l'utilizzo di metodi di "experience learning" (Odone et al., 2006) appaiono strumenti che meritano un futuro approfondimento.

Per quanto riguarda in particolare l'OSCE, uno specifico punto di forza consiste nella possibilità per lo studente di discutere con un tutor ciascuna singola prova, potendosi riferire ad una documentazione oggettiva. Il marcato investimento di risorse per la realizzazione della valutazione certificativa (su questo punto si vedano le considerazioni successive) trova almeno parziale soddisfazione in un uso anche pret-

tamente formativo che questo materiale consente: il fatto che gli studenti possano rivedere e ridiscutere ciascuna prova singolarmente è parte di un processo di insegnamento-apprendimento di cui anche l'esame fa parte.

Nonostante queste considerazioni sostanzialmente positive, è necessario sottolineare i punti di debolezza della proposta.

Il primo e più urgente punto debole di un Corso riguarda la necessità di un notevole impiego di risorse. Per quanto non si siano presentati problemi di tipo organizzativo rilevanti, il Corso rende necessario un investimento di risorse umane per la sua realizzazione che risulta addirittura difficile da quantificare.

Prendendo come riferimento il solo momento dell'esame, si consideri il seguente schema che suggerisce l'impegno didattico per la realizzazione di *un* appello (fra parentesi è indicato il personale didattico impegnato):

programmazione	
e preparazione materiali:	3 h (docente e tutor)
training dell'attore:	3 h
realizzazione	
(per ciascuno studente):	5' x 3 stazioni (tutor)
	5' x 1 stazione (tutor + attore)
valutazione (per ciascuno	
studente):	10' x 3 stazioni (tutor + docente)
	20' x 1 stazione (tutor + docente)

Per lo svolgimento di 10 appelli, stimando una media di 18 studenti per appello, un calcolo approssimativo comporta: 180 ore di lavoro per il docente; 240 ore per il tutor; 15 ore per l'attore! Per quanto la replicazione dell'esperienza abbia contribuito a snellire sia il momento di preparazione che di valutazione, consentendo anche un accumulo di materiale didattico che può essere riutilizzato (si pensi alle domande per il test cognitivo, piuttosto che alla stesura del copione del paziente e al training per l'attore), è chiaro che un impiego di risorse così massiccio può essere sostenuto alla luce di un investimento culturale - e poi pratico - che si assume la Facoltà sulla scorta di un periodo sperimentale che è pesato integralmente sul docente titolare del Corso e su un gruppo di entusiasti cultori della materia.

Un secondo limite è legato al fatto che l'insegnamento delle competenze comunicativo-relazionali avviene in maniera separata da quello delle competenze tecnico-scientifiche. La letteratura internazionale mette in evidenza come questo possa diminuire la rilevanza dell'educazione alla comunicazione e la valutazione che gli studenti fanno di essa (Makoul e Schofield, 1999). Inoltre, la mancata integrazione delle discipline, legata alla scarsa o nulla preparazione professionale dei medici formati negli anni precedenti all'introduzione del Corso, comporta che

gli studenti si trovino ad operare come tirocinanti in una realtà che non conosce ciò che loro hanno appreso rispetto a questi temi. Questo rende molto difficile per lo studente sperimentarsi a livello pratico in situazioni di realtà che vanno al di là dei role playing e delle situazioni simulate. E' chiaro dunque che la sperimentazione del Corso mette in evidenza due necessità: 1) una maggiore integrazione con le diverse discipline cliniche; 2) la diffusione di una formazione continua che coinvolga i medici a diversi livelli della professione (medici ospedalieri, specializzandi, medici di medicina generale), come per altro già rilevato nella letteratura (e. g., Hulsman et al., 1999).

Un terzo problema, e forse non ultimo, riguarda la valutazione certificativa utilizzata: L'OSCE relazionale propone una valutazione della competenza dello studente, ma non esistono dati relativi alla coerenza tra tale competenza (e dunque il "voto" ottenuto dallo studente all'esame) e la sua performance al letto del malato. Tali dati mancano sia a livello sincronico (uno studente da 30 e lode comunica efficacemente con il paziente in reparto?) che diacronico (un'ottima prova all'esame garantisce nel futuro un medico più preparato sul piano comunicativo-relazionale?). Questo tema appare ben presente nella letteratura internazionale, con contributi relativi alla possibilità di correlare le performance "in laboratorio" con le performance al letto del malato (Cooper e Mira, 1998; Aspegren, 1999; Ree set al., 2002) e sulla necessità di monitorare nel tempo le capacità acquisite dallo studente (Aspegren, 1999). La coerenza fra competenza all'esame e performance professionale merita un approfondimento sperimentale anche nel nostro contesto specifico.

Nell'insieme il Corso sembra costituire un progetto irrinunciabile per la formazione della futura classe medica. E' possibile che iniziative analoghe, e ormai frequenti nella realtà internazionale, debbano trovare anche in Italia uno spazio sempre maggiore. Ogni realtà universitaria dovrà verosimilmente sviluppare un proprio percorso che, pur nella specificità, possa coprire il campo della formazione alla comunicazione. Il Corso realizzato presso il Polo Didattico San Paolo ha una specificità che, probabilmente, ne costituisce un ulteriore punto di forza culturale: esso fa riferimento non solo a strategie comunicativo-relazionali ma più in generale ad una cultura medica allargata, quella della medicina *patient centred* (Moja e Vegni, 2000). Tale modello sostiene la necessità, irrinunciabile per il medico, della comprensione del vissuto di malattia del paziente, necessità che rende la comunicazione una "core skills" professionale e non solo una competenza aggiuntiva. E' nostra convinzione che nel tempo un progetto culturale quale quello dell'integrazione delle competenze tecniche

e relazionali, previsto nella medicina *patient centred*, possa risultare vincente in vista di un vero progresso della formazione medica.

Bibliografia

- 1) AAMC. Report III. Contemporary issues in medicine: Communication in medicine. Medical School Objectives Project. Washington DC: AAMC 1999
- 2) Aspegren K., BEME Guide No 2 : Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. *Medical Teacher* 1999 num 21: 563-570
- 3) Cooper C., Mira M., Who should assess medical students' communication skills: their academic teachers or their patients? *Medical Education* 1998 num 32:419
- 4) Ferrari S., Vegni E., Moja E.A., La sperimentazione della valutazione certificativa nel Corso integrato di Comunicazione in Relazione in Medicina alla Facoltà di Medicina di Milano. *Tutor* 2002 num 3:120-124
- 5) General Medical Council. *Tomorrow's doctors. Recommendations on undergraduate medical education*. London: General Medical Council, 2003
- 6) Harden R.M., Gleeson F., Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination. *Medical Education* 1979 num 13:41-54
- 7) Henbest R.J., Stewart M.A., Patient-centredness in the consultation. 1: A method for measurement. *From Pract* 1989 num 6:249-54
- 8) Hulsman R.L., Ros W.J., Winnubst J.A.M., Bensing J.M., Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Medical Education* 1999 num 33:655
- 9) Hulsman R.L., Mollema E.D., Hoos A.M., De Haes J.C., Donnison-Speijer J.D., Assessment of medical communication skills by computer: assessment method and student experiences. *Medical Education* 2004 num 38:813-24
- 10) Makoul G., Schofield T., Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Education and Counseling* 1999 num 37:191-195
- 11) McManus I.C., Vincent C.A., Thom S., Kidd J., How to do it: Teaching communication skills to clinical student. *BMJ* 1993 num 306:1322-1327
- 12) Moja E.A., Vegni E., *La visita medica centrata sul paziente*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000
- 13) Odone L., Vegni E., Moja E.A., The emotional issue in the clinical consultation: an experiential pilot educational program with medical students. *Sottoposto per la comunicazione*, 2006
- 14) Rees C., Sherard C., Mc Pherson A., Communication skills assessment: the perception of medical students at the University of Nottingham. *Medical Education* 2002 num 36:868
- 15) Roter D.L., *The Roter method of interaction process analysis*. RIAS manual. Baltimore: John Hopkins University, 1991
- 16) Simpson M., Buckman R., Stewart M., Maguire P., Lipkin M., Novac D. et al., Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991 num 303:1385-1387
- 17) Van Dalen J., Bartholomeus P., Kerkhofs E., Lulof S.R., vanThiel J., Rethans J.J., Scherpbier J.J.A., van derVleuten C.P.M., Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years. *Medical Teacher* 2001 num 23: 245-251
- 18) Vegni E., Zannini L., Moja E.A., Coggi G., Il Corso Comunicazione e Relazione in Medicina alla facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Milano. *L'Ospedale Maggiore*, 2000 num 94: 306-310

Valutazione delle competenze sul tema “dolore”, un progetto da sviluppare a livello nazionale

Francesco Orso, Giulio Masotti, Alessandro Mugelli (Firenze)

Il problema del controllo del dolore ha acquisito un'importanza progressivamente maggiore negli ultimi anni anche nell'ottica di un approccio sempre più orientato alla cura del malato piuttosto che della sua malattia. Sebbene recentemente molti sforzi siano stati effettuati per diffondere fra gli operatori sanitari una maggiore sensibilizzazione al “problema dolore”, come, per esempio, la pubblicazione delle linee guida dell'OMS sul controllo del dolore neoplastico, la legge sugli oppioidi voluta dal ministro Veronesi per favorire la terapia del dolore (legge 12 dell' 8.02.2001) poi evoluta nella n°49 del 21.2.2006 o il progetto “ospedale senza dolore”, ad oggi ancora troppi pregiudizi negano ingiustamente ai pazienti un'appropriata terapia antidolorifica.

Ricerche nazionali e internazionali hanno evidenziato che il dolore, pur essendo molto frequente nei pazienti ricoverati in ospedale, viene trattato in maniera efficace solo nel 30% dei casi quando, applicando specifici protocolli terapeutici, potrebbe essere controllato in più del 90 % dei casi. Ciò costituisce a tutti gli effetti un esempio di cattiva pratica medica essendo ormai stato ampiamente dimostrato

fastidioso di accompagnamento alla malattia, ma rappresenta un fattore prognostico indipendente di mortalità.

Sul territorio la situazione non è migliore: gli oppiacei, farmaci di elezione nel controllo del dolore neoplastico costituiscono, in Italia, appena lo 0,5% della spesa farmaceutica, percentuale che colloca il nostro paese al penultimo posto in Europa in questa speciale classifica (Fig. 1).

Sulla base di queste importanti considerazioni, vista la rilevanza del problema, il Corso di Laurea e la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze, hanno promosso in collaborazione con la Fondazione DEI Onlus della Società Italiana di Farmacologia e con la Fondazione Alitti, che da anni sostiene iniziative in questo campo, un progetto intitolato “Il dolore in clinica” rivolto agli studenti iscritti al sesto anno del corso di Laurea. Il progetto ha ottenuto un parziale finanziamento anche da parte dell'Ente Cassa di Risparmio di Firenze. Il progetto prevedeva una verifica delle competenze e delle conoscenze in tema di valutazione e trattamento del dolore, seguita da un percorso

sulla base dei risultati del questionario d'ingresso e concluso da una valutazione finale. Il ciclo di lezioni, della durata tale di dieci ore, si è svolto all'interno del Corso Integrato di Farmacologia e Geriatria, sotto la direzione del Prof. Giulio Masotti, del Prof. Gianfranco Masini e del Prof. Alessandro Mugelli che hanno coordinato il programma concordandolo con i docenti impegnati in differenti corsi integrati, nell'insegnamento della cura del dolore. Per volere degli stessi promotori, l'impostazione del corso è stata estremamente pratica con brevi lezioni sulla anatomia e fisiopatologia del dolore, sui tipi e sui sistemi di valutazione del dolore

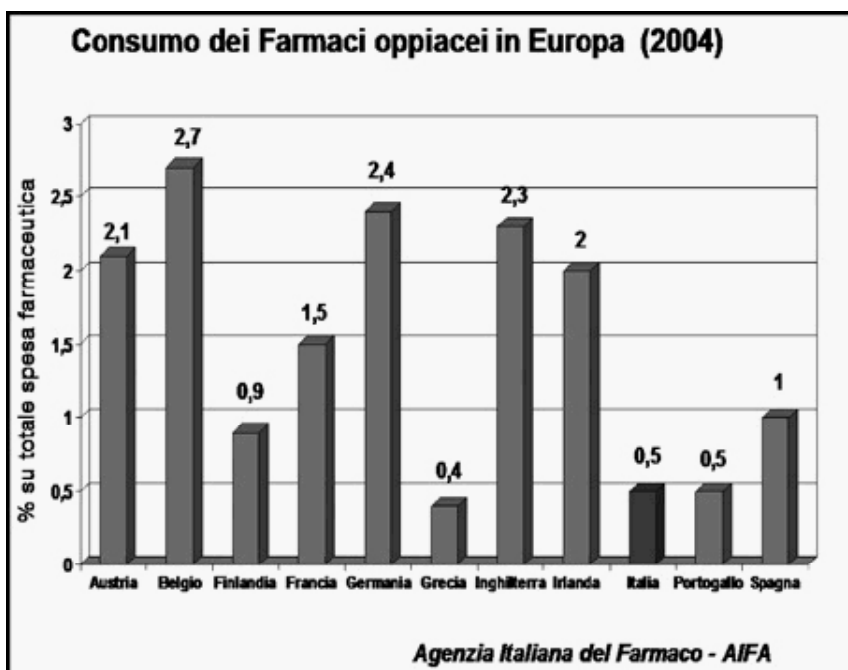


Fig. 1 - Percentuale di spesa destinata agli oppioidi sul totale della spesa farmaceutica.

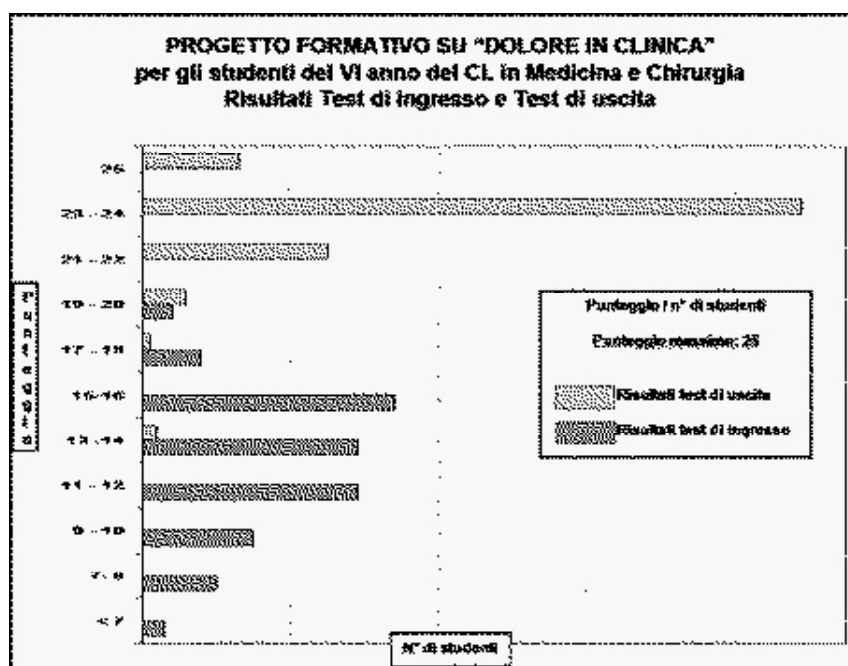


Fig. 2 - Punteggio ottenuto dagli studenti prima e dopo il corso. Le linee verticali indicano classi di 20 studenti.

e sulle principali classi di farmaci antidolorifici e sui loro meccanismi di azione. Un ampio spazio è stato inoltre dedicato all'approccio sistematico alle principali sindromi dolorose (le cefalee, il dolore toracico, il dolore osteoarticolare, il dolore neuropatico, il dolore neoplastico...) focalizzato sugli aspetti diagnostici, di diagnosi differenziale e soprattutto terapeutici, con largo uso di casi clinici e incoraggiando la partecipazione attiva da parte degli studenti.

Il corso è stato preceduto da un test di ingresso costituito da domande a risposta multipla e da una serie di domande a risposta aperta sugli argomenti che sarebbero stati successivamente trattati nelle lezioni. Il test è stato poi ripetuto al completamento del corso. Il basso punteggio medio al test di ingresso e l'elevato risultato medio al test di uscita con una percentuale media di errore passata rispettivamente

di due test.

I fondi a disposizione consentirebbero di coprire le spese organizzative per ripetere il progetto nei Corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia delle varie sedi con modalità analoghe a quelle utilizzate nell'esperienza fiorentina. I docenti di farmacologia hanno dato, attraverso la Fondazione DEI della Società di Farmacologia, la loro disponibilità a collaborare e potrebbero insieme ai Presidenti di Corso di Laurea attivarsi per presentare l'iniziativa ai colleghi del VI anno di corso. I risultati del questionario d'ingresso potrebbero darci importanti informazioni sulle eventuali differenze di conoscenze sul "dolore" tra gli studenti delle varie sedi e il progetto nel suo complesso potrebbe contribuire a favorire la "cultura del trattamento del dolore" nei nostri medici.

più 50% a solo il 5% (Fig. 2), non stati la riprova dell'assoluta necessità di affrontare questi temi con studenti in procinto di dedicarsi alla professione e dell'efficacia di questo tipo di processo.

La formula è risultata di grande gradimento agli studenti che hanno frequentato numerosi e partecipato con interesse superando perfino le aspettative degli organizzatori (percentuale di partecipazione ai due test e alle lezioni vicina al 98% degli iscritti al VI anno).

Il corso è stato accreditato dalla facoltà come attività didattica alternativa (ADE) con l'assegnazione di due crediti formativi agli studenti che hanno partecipato alle lezioni e hanno effettuato

Finalità, composizione e modalità di lavoro della Commissione Tecnica di Programmazione didattico-pedagogica

Pietro Gallo^a, Paola Binetti^b, Carlo Della Rocca^c, Giuseppe Familiari^d, Marella Maroder^e, Rosa Valanzano^f, Luciano Vettore^g

Necessità di una messa a punto sul significato della Commissione

La creazione della Commissione Tecnica di Programmazione didattico-pedagogica (CTP) si deve ad una felice ideazione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea in Medicina, formalizzata nel Regolamento Didattico dei CL elaborato dalla Conferenza. Questo regolamento, preannunciato su *Medicina e Chirurgia* nel 2000¹, e distribuito il 29 Gennaio 2001, fu poi approvato dai singoli Corsi di Laurea con lievi modifiche necessarie per adattarlo alle peculiarità delle singole Sedi. Si riporta qui il passaggio cruciale del regolamento che fissa finalità e funzioni della CTP: *Il CCLS, su mandato del Consiglio di Facoltà, istituisce una Commissione Tecnica di Programmazione didattico-pedagogica (CTP). La CTP è presieduta dal Presidente del Corso di Laurea ed è costituita - su indicazione del Consiglio di Facoltà - da Docenti e, se necessario, da altri professionisti qualificati, scelti in base alle loro competenze tecniche specifiche in ambito didattico e pedagogico, in relazione alle necessità formative e alle risorse del CdL. La CTP, consultati i Coordinatori dei Corsi ed i Docenti dei settori scientifico-disciplinari afferenti agli ambiti disciplinari della classe, esercita le seguenti funzioni: identifica gli obiettivi formativi del "core curriculum" ed attribuisce loro i crediti formativi, in base all'impegno temporale complessivo richiesto agli Studenti per il loro conseguimento;*

aggrega gli obiettivi formativi nei corsi di insegnamento che risultano funzionali alle finalità formative del CCLS; ratifica con il consenso degli interessati, le afferenze ai Corsi di insegnamento dei Professori e dei Ricercatori, tenendo conto delle necessità didattiche del CCLS, delle appartenenze dei docenti ai settori scientifico-disciplinari, delle loro propensioni e del carico didattico individuale; pianifica con i Coordinatori e di concerto con i Docenti l'assegnazione ai Professori e ai Ricercatori dei compiti didattici specifici, finalizzati al conseguimento degli obiettivi formativi di ciascun Corso, garantendo nello stesso tempo l'efficacia formativa e il rispetto delle competenze individuali;

Gruppo di Studio della Conferenza Permanente dei Presidenti di CCLM in Medicina e Chirurgia

^aPresidente, CLM "C", I Facoltà della "Sapienza", Roma, Presidente SIPeM; ^bPresidente, CLM Campus Biomedico, Roma, Past President 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

individua con i Docenti le metodologie didattiche adeguate al conseguimento dei singoli obiettivi didattico-formativi; organizza l'offerta di attività didattiche elettive e ne propone al CCLS l'attivazione.

La CTP, inoltre:

discute con i docenti la modalità di preparazione delle prove - formative e certificative - di valutazione dell'apprendimento, coerentemente con gli obiettivi formativi prefissati; organizza il monitoraggio permanente di tutte le attività didattiche con la valutazione di qualità dei loro risultati, anche attraverso le valutazioni ufficialmente espresse dagli studenti;

promuove iniziative di aggiornamento didattico e pedagogico dei docenti;

organizza un servizio permanente di tutoraggio degli studenti, al fine di facilitarne la progressione negli studi.

Al termine di ogni anno accademico la CPT è tenuta a presentare al CCLS una relazione scritta sulle attività svolte. Le funzioni svolte dai componenti della CTP sono riconosciute come compiti istituzionali e pertanto certificate dalle Autorità accademiche come attività inerenti la Didattica.

Dal Regolamento della Conferenza appare quindi con tutta evidenza cosa è la CTP. Tuttavia, si rende necessaria una riflessione su finalità, composizione e modalità di lavoro della CTP a sei anni dalla sua istituzione, e questo per un duplice ordine di motivi: intanto per una serie di difficoltà insorte nell'applicazione pratica di questo nuovo Istituto nelle diverse Sedi, come è documentato dalle risultanze delle *on-site visit*, organizzate dalla Conferenza dei Presidenti di CLM, che hanno interessato tutte le 45 Sedi italiane². Da questa analisi risulta che la CTP è stata effettivamente costituita in poco più della metà dei CLM (28/45, pari al 62%), che non sempre ne è stato redatto un regolamento scritto (questo esiste in 23/28 sedi, pari all'82%), e che la Commissione si riunisce a cadenza mensile in meno della metà delle sedi nelle quali è costituita (13/28, pari al 46%)³.

perché le crescenti esigenze di *formazione pedagogica continua* dei docenti hanno indotto diversi CLM a dotarsi di specifiche strutture di riflessione ed animazione pedagogica, con funzioni che vanno al di là di quelle originariamente pensate per la CTP.

Prima di continuare ad interrogarsi su **cosa** è la CTP, conviene allora sgombrare il campo da **cosa non è la CTP**.

La CTP non è una commissione didattica di

facoltà. L'offerta formativa della facoltà di medicina si è ormai ampliata in modo impensabile fino a pochi anni fa. Non è più il tempo in cui una *commissione didattica di facoltà* poteva concentrarsi sulle problematiche del Corso di laurea in Medicina e questo richiede, pertanto, una struttura interamente dedicata. La commissione didattica di facoltà potrà, invece, occuparsi del necessario coordinamento tra i diversi Corsi di laurea - ad esempio vagliando la distribuzione del primo affidamento didattico dei singoli docenti - nonché di attività comuni, come l'orientamento.

La CTP non si identifica con la commissione medical education. Cresce la consapevolezza che, accanto alla *formazione professionale continua*, gestita dai *provider ECM*, i docenti della facoltà di medicina devono sottoporsi anche ad una *formazione pedagogica continua*, visto che la crescita incessante delle competenze professionali va di pari passo con un grande sviluppo della pedagogia medica, ed è ormai chiaro che *imparare ad insegnare* non è questione solo di doti innate ma anche di una specifica preparazione. Molti CLM hanno quindi maturato la consapevolezza che rientra tra i loro compiti anche l'organizzazione di attività finalizzate all'*insegnare ed insegnare*, ed hanno dato vita a specifiche strutture di sostegno: le *commissioni di pedagogia medica*. Queste organizzano tutoriali, seminari, mini-atelier⁴, allo scopo di formare i docenti e di stimolarli a forme innovative di didattica: tese - ad esempio - al progressivo superamento della centralità della lezione ex cathedra, al progressivo sviluppo della didattica interdisciplinare e interprofessionale, all'adozione di forme di valutazione che superino il monopolio dell'esame orale per includere la valutazione delle competenze operative e relazionali... In questo modo, la *commissione medical education* finisce per andare oltre un semplice compito di supporto pedagogico e deve orientare le proprie attività alla *missione pedagogica* del Corso, individuata dal Presidente d'intesa con la CTP. La *commissione medical education* differisce dalla CTP anche perché deve spesso avvalersi di competenze esterne alla facoltà di medicina, e perché le sue attività possono essere a sostegno di tutti i diversi CL dell'area medica.

Finalità della CTP

Mentre le finalità della commissione *didattica* di facoltà sono fondamentalmente di organizzazione didattica, e quelle della commissione *medical education* sono evidentemente di natura pedagogica, quelle della commissione *didattico-pedagogica* traggono la propria specificità proprio dal potenziamento reciproco di finalità tanto *didattiche* che *pedagogiche*. Grazie a questo intreccio di competenze diverse, la CTP riesce a

portare ad unità il processo di individuazione degli indicatori di processo e di risultato (competenza pedagogica) e di rilevazione dei parametri di valutazione in base a tali indicatori (competenza didattico-organizzativa).

Le diverse funzioni della CTP possono essere ricondotte ad alcune finalità principali:

- d'intesa con la commissione didattica di facoltà, la CTP persegue una finalità di **pianificazione del curriculum** (revisione periodica del curriculum degli studi, dell'articolazione dei corsi integrati, e dell'attribuzione dei CFU sulla base dell'evidenza sperimentale raccolta; revisione del core curriculum; revisione periodica delle forme di valutazione dell'apprendimento; revisione della programmazione didattica in termini di calcolo del numero ottimale di docenti attesi e di attribuzione dei compiti didattici ai docenti...)
- individua la **mission** ed elabora il **progetto pedagogico del corso di laurea** e, in raccordo con la commissione *medical education*, pianifica gli interventi di **formazione pedagogica dei docenti**, finalizzandoli al conseguimento dei propri **obiettivi pedagogici**
- pianifica e coordina tutte le **istanze organizzative della didattica**: dal calendario delle attività didattiche e delle prove di valutazione all'orario delle lezioni, dall'orario del ricevimento degli studenti alla nomina dei presidenti delle commissioni d'esame e dei tutori
- in previsione delle **riunioni del Consiglio**, elabora proposte e redige bozze di delibera da sottoporre alla discussione collegiale del Consiglio
- esegue una **rilevazione** continua della specifica **realtà** del CLM, dei suoi limiti e punti di forza, tramite il dialogo continuo con i rappresentanti degli studenti ed i coordinatori didattici di semestre, e tramite un'**analisi** ragionata dei **questionari di valutazione** compilati dagli studenti
- **individua parametri** di risultato e di processo e **verifica**, con l'ausilio di questi, l'**efficacia della didattica** e programma, d'intesa con i docenti, **azioni di miglioramento**
- **pianifica** varie forme di **sperimentazione didattica**, ne **segue l'esecuzione** e ne **valuta i risultati**
- distribuisce i **finanziamenti** in funzione delle proprie iniziative pedagogiche (acquisto di manichini e attrezzature didattiche, finanziamento di attività pedagogiche e di missioni ad eventi di *medical education*)
- esamina le **pratiche** relative agli studenti

Composizione della CTP

Viste le finalità di raccordo didattico-pedagogico, la CTP non può che avere una **composizione mista**, che includa:

- a) docenti dediti alla pianificazione ed al coordina-

- mento generale delle attività didattiche;
 b) docenti dedicati alla pianificazione e rilevazione *sul campo* delle attività didattiche;
 c) consulenti impegnati in una riflessione ed elaborazione pedagogica;
 d) studenti.

La voce a) è in genere assicurata dal Presidente (e dal Vicepresidente) del CLM ma, in alcuni casi, anche da un piccolo gruppo di docenti che affiancano il Presidente come *consiglieri didattici*.

La voce b) è assicurata dai *coordinatori didattici*. Questi possono coordinare le attività didattiche di un anno di corso o, più spesso, di un semestre/quadrimestre. Nella generalità delle sedi italiane, i coordinatori didattici di anno/semestre fanno parte della CTP, mentre in qualche sede vengono periodicamente interpellati. Nell'esperienza maturata in questi anni di sperimentazione, la soluzione di includere organicamente nella Commissione i Coordinatori didattici sembra la preferibile, proprio per assicurare l'intreccio tra programmazione pedagogica ed esecuzione didattica sul campo. I coordinatori didattici sono in genere di nomina del CCLM.

La voce c) non è costantemente rappresentata nella CTP, ma questo rappresenta una *diminutio* per i motivi testé richiamati. I *consulenti pedagogici* sono in genere cooptati direttamente dal Presidente del CLM, e possono essere estranei al CLM (docenti dei Corsi di laurea delle Professioni Sanitarie, tra i quali esistono talune raffinate competenze pedagogiche) o addirittura alla facoltà (docenti della facoltà di scienze dell'educazione o di altre facoltà). È tuttavia viva la consapevolezza della necessità che si formino *consulenti pedagogici* con una preparazione specifica rispetto ai peculiari problemi della facoltà medica. Questi **docenti di pedagogia medica** potrebbero trovare la loro collocazione accademica e di carriera nel settore scientifico-disciplinare MED/02.

La voce d) è di evidente importanza, per rendere continuo il dialogo tra docenti e studenti su tutte le tematiche rilevanti della programmazione pedagogica e dell'organizzazione didattica.

Modalità di lavoro della CTP

La prima ed essenziale regola è quella della collegialità. Nel momento in cui il Presidente del CLM decide di avvalersi di questo organo di indirizzo, non può poi ignorarne gli orientamenti.

Di regola, il Presidente del CLM convoca la CTP, fissa l'ordine del giorno delle riunioni, le dirige, ne promuove il clima relazionale, e ne ispira la missione pedagogica, e cura la "formazione della squadra" informando, formando e motivando i membri della Commissione. È però necessario che il Presidente

guidi l'assunzione di decisioni collegiali e le rispetti anche quando non le condivide fino in fondo. È infine indispensabile che, esaurita una discussione anche serrata, tutti rispettino ed applichino le decisioni prese, senza inopportuni distinguo che minerebbero l'autorità della CTP e dei suoi singoli membri.

Chi entra a far parte della CTP deve stipulare un **contratto formativo** che lo impegna al rispetto delle regole del gioco, a cominciare dall'obbligo di presenza. Alcune Commissioni si sono date un regolamento interno che fissa la decadenza automatica dalla CTP (e dall'incarico di coordinamento didattico che dà titolo alla partecipazione alla Commissione) dopo una serie di assenze (ad esempio, dopo tre assenze ingiustificate consecutive o dopo cinque assenze consecutive, comunque giustificate).

Viste le innumerevoli necessità di organizzazione didattica e pedagogica di un CLM, la CTP deve riunirsi spesso, in media una volta al mese. Alcuni CLM fissano un calendario standard all'inizio dell'anno accademico, altri modulano la frequenza delle riunioni in funzione di particolari scadenze: la programmazione del semestre successivo; la valutazione dell'andamento del semestre precedente (inclusa l'analisi dei questionari di valutazione redatti dagli studenti); la preparazione delle riunioni del Consiglio di corso di laurea; la gestione di attività specifiche, come la revisione del curriculum o degli obiettivi didattici.

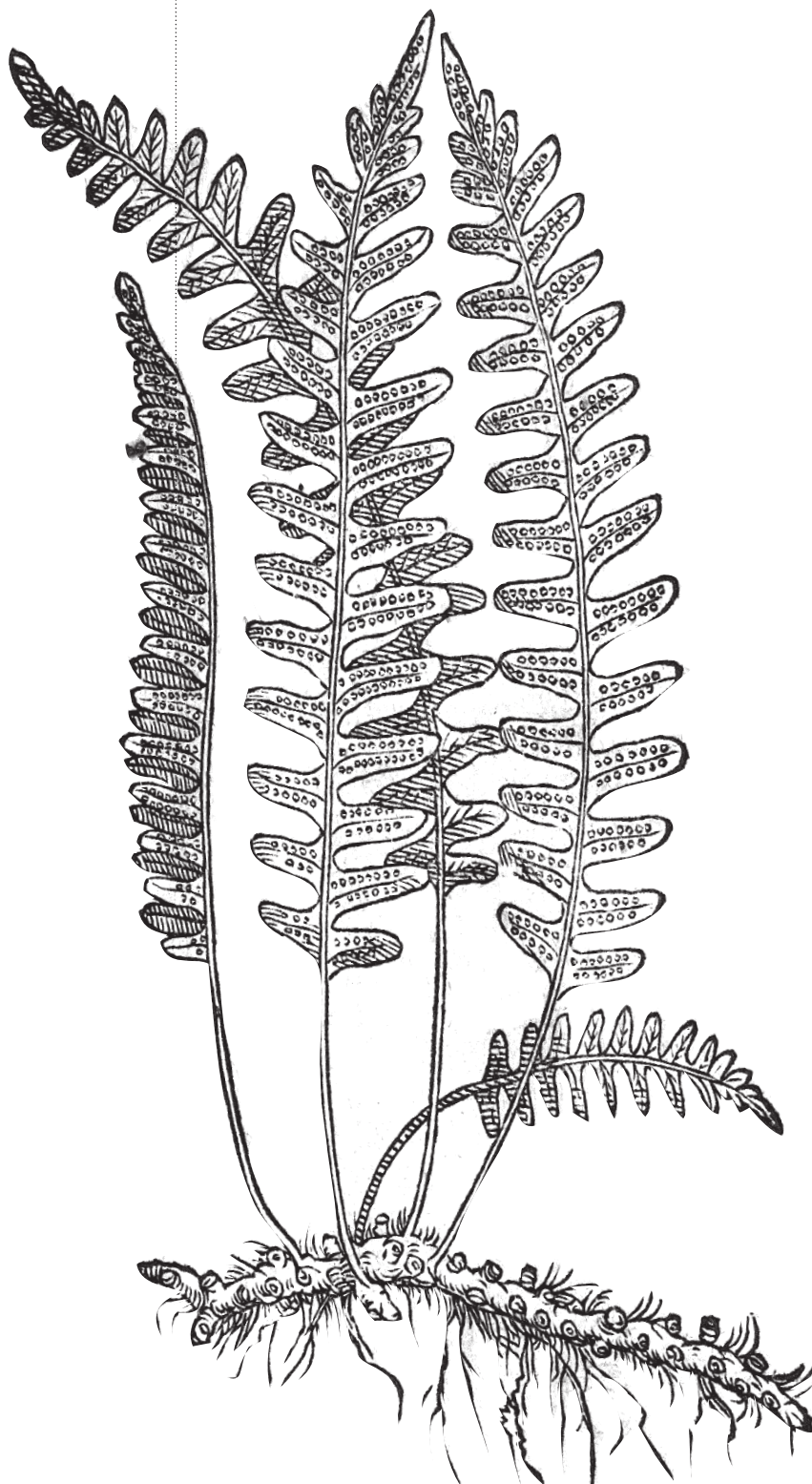
La preparazione di un accurato ordine del giorno è garanzia di svolgimento ordinato delle riunioni ed aiuta a non scordare le scadenze più rilevanti. La redazione di un verbale delle riunioni è uno strumento di lavoro utile, al fine di mantenere la memoria storica delle iniziative promosse e delle decisioni prese.

Conclusioni

A sei anni dalla sua ideazione, la CTP si conferma uno strumento di lavoro prezioso per la gestione delle iniziative didattiche e pedagogiche di un CLM in Medicina. Anche se specifici compiti possono essere svolti dalla commissione didattica di facoltà o da una commissione *medical education* incaricata di organizzare le iniziative di *teaching to teach*, la CTP ha il compito di creare un circolo virtuoso di potenziamento reciproco delle attività didattiche e pedagogiche e di indirizzare la formazione dei docenti in funzione delle carenze didattiche registrate *sul campo*. Le specifiche finalità di questa Commissione richiedono una composizione mista, in cui il Presidente del CLM sia affiancato da *coordinatori didattici* e da *consulenti pedagogici*, oltre che da studenti. Lo stile di lavoro è necessariamente quello della collegialità e del rispetto del contratto formativo.

Bibliografia

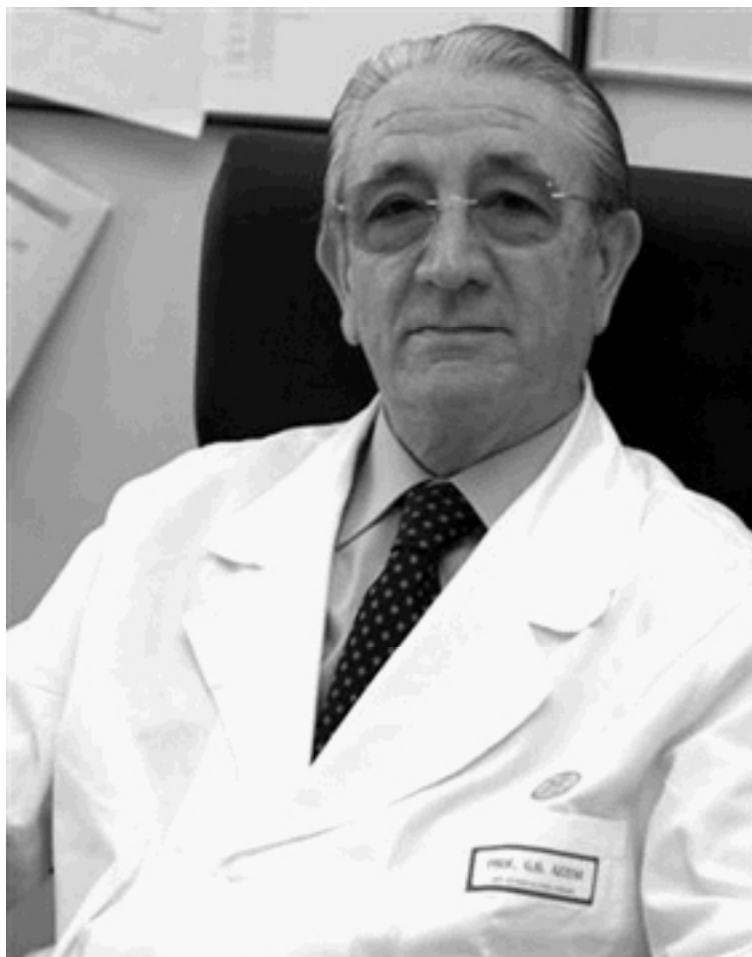
- 1) Binaglia I: *Per un nuovo regolamento del corso di laurea*. Med. Chir. 14: 502-503, 2000.
- 2) Lenzi A, Luccarini S., Danieli G. e i Presidenti dei CLM in Medicina e Chirurgia: *On site visit di valutazione fra pari*. Med. Chir. 29: 1125-1127, 2005.
- 3) Dati gentilmente forniti da Sabrina Luccarini ed Andrea Lenzi.
- 4) Gallo P, Fantoni A, Consorti F: *Un'esperienza di mini-atelier pedagogici organizzata all'interno di un Corso di Laurea Magistrale in Medicina*. Med. Chir. 26: 981-983, 2004.



Forum di discussione sul percorso formativo

Gian Battista Azzena

*Presidente del Consiglio di Corso di Laurea Magistrale
in Medicina e Chirurgia, Università Cattolica - Roma*



L'articolo di Cesare Meloni sul processo formativo dei laureati in Medicina che il Presidente, molto opportunamente, ha proposto quale riferimento per un dibattito incentrato sulla individuazione delle linee guida indispensabili per la pianificazione di un Corso di laurea il più possibile coerente con le esigenze della Sanità, ha richiamato la attenzione di noi tutti sulle difficoltà che in questi ultimi anni hanno travagliato la organizzazione e la programmazione del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. A partire dalla introduzione della indispensabile ed assolutamente necessaria prima modifica della tab. XVIII, che giustamente si prefiggeva di modernizzare ed attualizzare il curriculum degli studi, si sono susseguite una serie di principi, norme e regole (talvolta in contrasto fra loro) con l'effetto di sconvolgere tutti i tentativi che man mano si sviluppavano al fine di adeguare la organizzazione didattica. Ora finalmente siamo di fronte ad un NOD, che, se applicato correttamente,

potrebbe dare i suoi frutti. Gli articoli e le osservazioni dei Colleghi che mi hanno preceduto, hanno molto chiaramente individuato i punti deboli del percorso formativo e proposto alcune opportune misure correttive.

Ora, seguendo l'invito del Presidente alla concretezza, sottopongo alla vostra attenzione alcuni obiettivi che la Commissione didattico-pedagogica del mio Corso di Laurea ha già avviato relativamente al triennio clinico, mentre è già allo studio la riorganizzazione del primo triennio. La premessa, è evidente, è quella espressa dall'articolo di Cesare Meloni: è giunto il momento di procedere con risolutezza ad una prima fondamentale riorganizzazione del percorso formativo che possa consentire in itinere ulteriori aggiustamenti. Abbiamo quindi individuato questi principali punti qualificanti:

1-Maggiore coinvolgimento e partecipazione dei Docenti. La drammatica frammentazione delle grandi aree tematiche ha mortificato e svilito la attività didattica di quasi tutto il corpo docente. E' necessario quindi organizzare il programma relativo alla attività didattica frontale in modo tale da consentire, da un lato, la qualità dell'insegnamento e, dall'altro, di offrire agli studenti una

attività didattica essenziale, concordata e coordinata. I corsi integrati sono quindi stati organizzati innanzi tutto tenendo conto del SSD e quindi della preparazione del programma didattico predisposto seguendo col massimo scrupolo il core curriculum pubblicato dalla Conferenza Permanente. Non solo, per evitare alcune possibili discrepanze relative alle discipline specialistiche, ricordate anche dalle annotazioni di alcuni Colleghi, il core curriculum deve essere impostato inizialmente dai SSD della Medicina interna e della Chirurgia generale e quindi sottoposto ad una successiva valutazione comune. A questo punto, i moduli didattici delle discipline specialistiche possono individuare gli argomenti propri del settore integrando il percorso principale. Ne deriverà una inevitabile integrazione, longitudinale e trasversale, con argomenti sviluppati secondo una logica sequenza che eviterà ripetizioni e sovrapposizioni, argomenti finora ricorrenti nelle lamentele degli studenti. I

Coordinatori di semestre e di anno saranno responsabili della corretta applicazione di quanto collegialmente deciso. L'ultima notazione riguarda la risposta e la partecipazione davvero entusiasta dei Colleghi.

2-Attività professionalizzante. E' questa davvero la parte qualificante del NOD. E' quindi assolutamente inevitabile mettere in atto tutte le opportunità che ci vengono offerte per sviluppare al massimo e col massimo profitto questa parte della attività didattica. La attività professionalizzante verrà quindi svolta secondo due modalità: la prima, con la frequenza nei reparti a libera scelta dallo studente nei giorni liberi dalla attività frontale (quinto e sesto anno); la seconda, con la partecipazione obbligatoria alla attività pratica sotto la guida di un tutor, il quale avrà la responsabilità di attestare la svolgimento delle skills riportate nel libretto predisposto dai responsabili di area ed il più possibile aderente alle indicazioni della Conferenza Permanente.

Infine, dovrà essere ulteriormente rinforzata la collaborazione con i Colleghi di Medicina Generale.

La attività negli ambulatori si è rivelata non soltanto altamente formativa ma soprattutto, come era negli auspici, stimolante per avviare gli studenti al delicato rapporto medico-paziente che è il principio ispiratore della Università Cattolica.

Prima di chiudere desidero fare, sulla soluzione del problema, una ultima considerazione che coincide con quanto già espresso da Saverio Cinti nella chiusa del suo articolo: compiere con coraggio un passo decisivo ed abolire il valore legale al titolo di studio. Il motivo è fin troppo evidente. La decisione ovviamente dovrà essere valutata in tutti i suoi risvolti, ma è fuori discussione che la iscrizione dei giovani futuri medici ad una Facoltà sarà determinata soltanto dal "valore" insito nel diploma rilasciato dall'Ateneo che offre le migliori condizioni sia per la formazione, e quindi qualificazione della docenza, sia per la successiva attività professionale, e quindi ottimale processo formativo. Con tutte le conseguenze positive facilmente intuibili per l'Università ed il mondo studentesco.

