



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

Direttore Editoriale, Luigi Frati

Comitato Editoriale

Andrea Lenzi, Aldo Pinchera, Antonella Polimeni,
Luisa Saiani, Aldo Tomasi

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

1343 Presentazione, Luigi Frati e Giovanni Danieli

EDITORIALE

1344 La Conferenza Permanente dei Referenti delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria, Aldo Pinchera

1346 Un nuovo Ordinamento per le Scuole di Specializzazione dell'Area Odontoiatrica, Antonella Polimeni

CONFERENZA PERMANENTE DEI PRESIDENTI DI CCLM IN MEDICINA E CHIRURGIA

1348 Medicina narrativa, Luciano Vettore e Franca Parizzi

1357 Il futuro dell'insegnamento di Pediatria Generale e Specialistica nel corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Alfred Tenore

1367 Profitto accademico nella Facoltà di Medicina e Chirurgia, Giuseppe Boncori, Paola Binetti, Mario Rende, Chiara Maddaloni

1375 L'ammissione 2006 a Medicina. Alcune riflessioni per un diario di bordo, Giuseppe Familiari ed Amos Casti

1377 Introduzione del Progress test nelle Facoltà di Medicina italiane, Alfred Tenore e Paola Binetti

CONFERENZA PERMANENTE DELLE CLASSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE

1379 L'offerta formativa dei Master in Funzioni di coordinamento per le professioni sanitarie, Paolo Pillastrini, Paolo Chiari, Angelo Mastrillo, Francesca Pasqui

IRNERIO LUMEN IURIS

1385 Le autorità amministrative indipendenti (Authority) nell'Ordinamento giuridico italiano, Maria Paola Landini, Paolo De Angelis

I TAVOLI TECNICI DELLA CONFERENZA PERMANENTE DEI CLM IN MEDICINA E CHIRURGIA

1389 Innovazione e qualità della didattica, Pietro Gallo, Paola Binetti, Massimo Casacchia, Carlo Della Rocca, Alessandro Lechi, Flavia Petrini, Mario Piga, Rosa Valanzano

1393 Rilevamento di propedeuticità e sbarramenti. Una proposta di linee guida, Marzia Kienle, Pierfrancesco Marconi, Roberto Sitia, Giancarlo Torre, Maurizio Vanelli

1397 Modalità d'insegnamento, Gilda Caruso, Giuseppe Delitala, Pierfrancesco Marconi, Oreste Terranova, Luciano Vettore

APPENDICE

1399 Il nuovo Ordinamento delle Scuole di Specializzazione dell'Area Odontoiatrica

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

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

* * *

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

Presentazione

Luigi Frati e Giovanni Danieli

Una nuova "Conferenza", quella dei Referenti delle Scuole di Specializzazione dell'Area sanitaria, si è attivata in questi ultimi mesi per coordinare l'applicazione del nuovo Ordinamento, la cui realizzazione si deve largamente alla regia di Aldo Pinchera che ha condotto in porto un'impresa non certo agevole.

Di diritto questa Conferenza entra nell'organizzazione della Rivista, affiancandosi alla Conferenza Permanente dei Presidi di Facoltà, a quella dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentaria ed alla Conferenza delle Classi di Laurea, triennali e magistrali, delle Professioni Sanitarie.

Nell'occasione del nuovo ingresso e per la naturale decadenza di alcuni suoi membri, il Comitato Editoriale ha subito un radicale cambiamento e si presenta oggi con i nomi di Aldo Tomasi (Conferenza dei Presidi), Andrea Lenzi (Conferenza CLM Med. Chir.), Antonella Polimeni (Conferenza CLM O.P.D.), Luisa Saiani (Conferenza Lauree delle Professioni Sanitarie) e, ultimo in ordine di entrata, Aldo Pinchera (Conferenza dei Referenti delle Scuole).

Sono d'obbligo, a questo punto, l'augurio di buon lavoro ai nuovi Editors e il ringraziamento per quanto con competenza e generosità hanno fatto nel recente passato, a Giorgio Blasi, Amos Casti, Gian Franco Gensini, Angelo Mastrillo, Giuseppe Scotti ed Enrico Vasquez, che lasciano oggi l'incarico.

Il fascicolo odierno si caratterizza per contributi di grande attualità ed originalità.

Tra le attualità citiamo la definizione della già ricordata Conferenza Permanente dei Referenti delle Scuole (Aldo Pinchera) e il nuovo Ordinamento delle Scuole di Specializzazione dell'Area odontoiatrica (Antonella Polimeni), la Medicina narrativa (Luciano Vettore e Franca Parizzi), che è in piena espansione a completamento e non in antitesi alla Medicina basata sulle evidenze; le Autorità amministrative indipendenti (Maria Paola Landini e Paolo De Angelis) puntuale appuntamento con l'alta cultura amministrativa.

Sicuramente alla luce dell'originalità, l'ampio lavoro prodotto dalla Conferenza dei Presidenti dei CLM in Medicina e Chirurgia, qui rappresentata da tre Tavoli tecnici che riuniscono ciascuno gruppi di lavoro con intenti convergenti.

Sono riportati i progetti che la Conferenza ha messo in campo, lo stato dei lavori e i primi risultati negli ambiti soprattutto della innovazione e qualità della didattica (innovazione pedagogica, integrazioni interdisciplinari, qualità della didattica, coordinatore Pietro Gallo), propedeuticità e sbarramenti (coordinatore Marzia Kienle) e modalità dell'insegnamento (informazione e comunicazione, medicina nel territorio, attività formative professionalizzanti, area linguistica, area di diagnostica e di laboratorio, coordinatore Gilda Caruso).

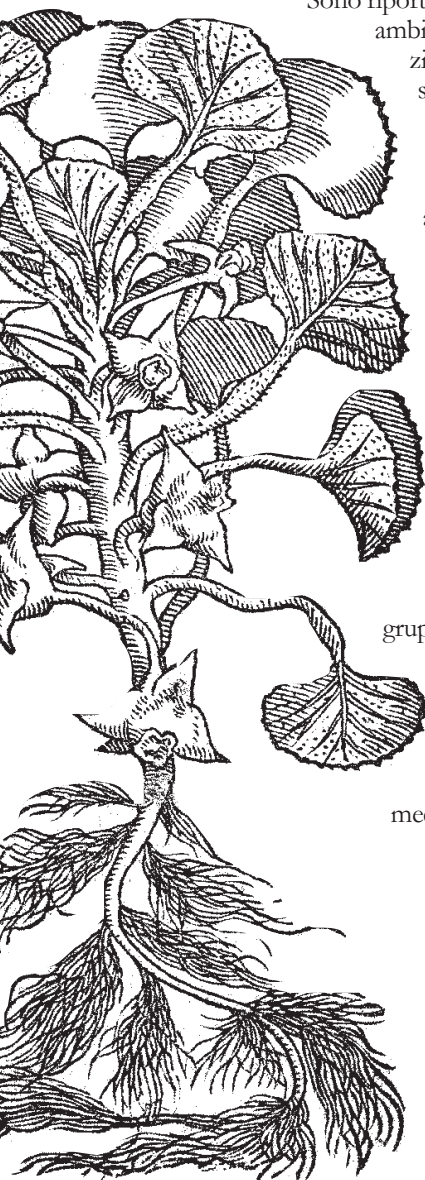
Tra le attività future il programma, che prenderà il via il 15 Novembre prossimo, di applicazione anche in Italia del *Progress test*, predisposto da Alfred Tenore e Paola Binetti, con il quale si intende valutare il grado di acquisizione e di obsolescenza delle conoscenze da parte degli studenti, a partire dal loro primo anno di corso e per tutti gli anni successivi, sino alla laurea; uno sguardo al futuro è anche il nuovo disegno del corso di Pediatria (Alfred Tenore), quali competenze pediatriche dovrebbe avere il nuovo medico che la società richiede:

Seguono alcune considerazioni (Giuseppe Familiari ed Amos Casti) su come si è svolta la prova di ammissione al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, quest'anno e proposte di miglioramento.

Tra gli altri contributi, di assoluto rilievo una ricerca sul rapporto tra profitto accademico e variabili psicologiche, socio-culturali ed educative, condotta dal gruppo del Campus Biomedico di Roma e dall'Università di Perugia, sede di Terni.

Infine presentiamo un'indagine nazionale sui Master di primo livello, opera di un gruppo bolognese, che concerne in particolare il Master per le funzioni di coordinamento nelle professioni sanitarie: da una estrema eterogeneità dei comportamenti all'indicazione di una direttiva comune.

Da tutto quanto presentato scaturisce l'immagine delle Facoltà di Medicina italiane come dei veri cantieri, sempre aperti, nei quali fervono idee, entusiasmi, progetti che culminano in azioni molteplici, finalizzate al continuo miglioramento della formazione medica.



La Conferenza Permanente dei Referenti delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria

Aldo Pinchera (*Pisa*)

Con la pubblicazione degli standard e dei requisiti minimi delle Scuole sulla Gazzetta Ufficiale dell'8 maggio 2006, si è concluso il lungo percorso del riassetto delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria iniziato nel dicembre del 1998.

Tappa iniziale di questo percorso è stata l'istituzione di un Gruppo di Lavoro *ad hoc* presso il Ministero dell'Università e della Ricerca, al quale hanno preso parte docenti universitari, esperti e funzionari dei Ministeri dell'Università e della Salute. Compito del Gruppo è stata l'elaborazione dei Nuovi Ordinamenti finalizzati al conseguimento di una piena e autonoma capacità professionale dello specializzando, fondata a sua volta su una solida base scientifica. Lo schema adottato è caratterizzato da un impianto generale comune a tutte le Scuole e da un assetto specifico per ciascuna tipologia. Nella sua attività il Gruppo di Lavoro si è avvalso del contributo continuo e fondamentale dei Referenti Nazionali delle singole tipologie di Scuola. La proposta finale di riassetto, pubblicata sulla G.U. del 5 novembre 2005, è il risultato di una elaborazione complessa, sottoposta a ripetute verifiche e all'approvazione del CUN, della CRUI, della Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e del Consiglio Superiore di Sanità.

Nell'ottobre 2000 è stato istituito presso il Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR) l'Osservatorio Nazionale della Formazione Medica Specialistica con il compito di determinare gli standard per l'accreditamento delle strutture universitarie e ospedaliere per le singole specialità, di determinare e verificare i requisiti di idoneità della rete formativa e delle singole strutture che la compongono, effettuare il monitoraggio dei risultati della formazione, nonché definire i criteri e le modalità per assicurare la qualità della formazione, in conformità alle indicazioni dell'Unione Europea. Alla composizione dell'Osservatorio hanno preso parte rappresentanti del MUR, del Ministero della Salute, dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia (su designazione della CRUI), delle Regioni e degli Specializzandi. Gli standard e i requisiti elaborati dall'Osservatorio in stretta collaborazione con il Gruppo di Lavoro hanno come punto di partenza e di riferimento gli

Ordinamenti Didattici.

Occorre ora tradurre concretamente le disposizioni di legge negli atti necessari alla istituzione e alla attivazione delle Scuole secondo i nuovi ordinamenti. Si tratta di un compito complesso e difficile che richiede un coordinamento a livello nazionale tra i direttori delle oltre 1600 scuole attive nel paese, tenendo conto delle specifiche esigenze di ciascuna specialità. A questo scopo, in analogia con le Conferenze esistenti in rappresentanza dei diversi organi istituzionali della Facoltà di Medicina e Chirurgia, è stata istituita la Conferenza Permanente dei Referenti delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria.

La Conferenza è nata il 15 febbraio 2006 per voto unanime dei referenti nazionali eletti dai direttori delle Scuole di ciascuna specialità. A norma di statuto la Conferenza opera come organismo di rappresentanza delle competenze attribuite ai direttori delle Scuole, promuove iniziative di coordinamento e aggiornamento della didattica e del *curriculum* al fine di assicurare la massima qualificazione professionale e scientifica, elabora e diffonde proposte e documenti su problemi di specifica competenza, collabora con analoghe istituzioni operanti nell'Unione Europea e in altri paesi, promuove la collaborazione tra Università, Sanità e FNOMCeO.

Nella seduta del 10 maggio 2006, sono stati eletti il Presidente della Conferenza nella persona del Prof. Aldo Pinchera, il Segretario Generale nella persona del Prof. Andrea Lenzi, nonché i vicepresidenti: il Prof. Guido Valesini in rappresentanza dell'Area Medica, il Prof. Gastone Veroux in rappresentanza dell'Area Chirurgica, il Prof. Pasquale Marano in rappresentanza della Sottoarea dei Servizi Clinici Diagnostici e Terapeutici e il Prof. Francesco Maria Avato in rappresentanza della Sottoarea dei Servizi Clinici Organizzativi e della Sanità Pubblica.

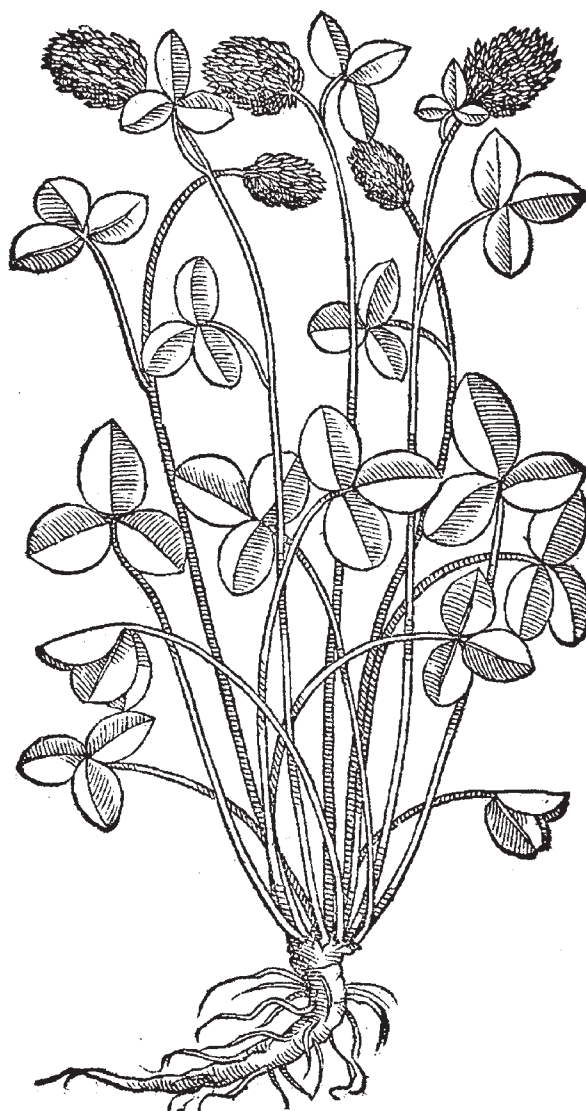
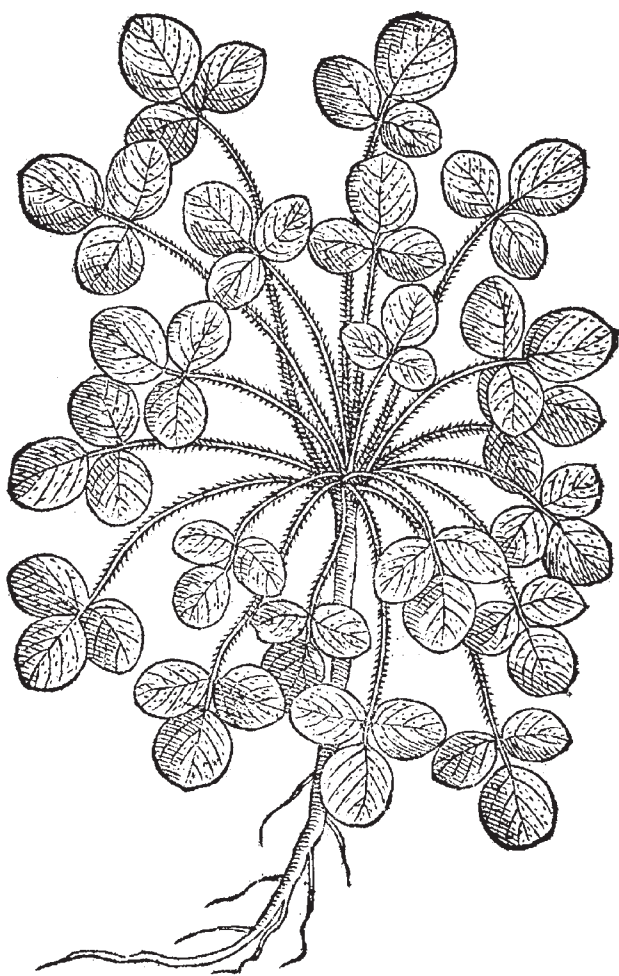
Per assicurare l'indispensabile interazione con gli altri organi preposti alla formazione medica e specialistica sono altresì membri della Conferenza i Presidenti dell'Osservatorio Nazionale della Formazione Medica Specialistica, delle Conferenze Permanenti dei Presidi delle Facoltà di Medicina

e Chirurgia, dei Presidi delle Facoltà di Farmacia e dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentaria.

L'esigenza di elaborare specifiche indicazioni per ciascuna specialità ha suggerito inoltre l'opportunità di istituire una "Conferenza Permanente" per ciascuna tipologia di Scuola che operi in stretto rapporto con la Conferenza generale. Tra i compiti più pressanti delle Conferenze in genere figura il regolamento didattico, l'identificazione delle attività professionalizzanti attraverso un elenco rinnovabile

anno per anno, le modalità e i criteri delle verifiche periodiche ed altri numerosi aspetti che riguardano in modo particolare i problemi assistenziali. Si tratta di un compito gravoso ma indispensabile che richiede l'impegno e la collaborazione di tutti i docenti interessati alla formazione specialistica.

Prof. Aldo Pinchera
*Presidente della Conferenza Permanente
dei Referenti delle Scuole di
Specializzazione di Area Sanitaria*



Un nuovo Ordinamento per le Scuole di Specializzazione dell'Area Odontoiatrica

Antonella Polimeni, (*Roma La Sapienza*)

Il Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria è stato istituito in ottemperanza alle direttive 78/686/CEE e 78/687/CEE con DPR 135/1980, con la legge 409/1985 si è poi equiparato il laureato in Odontoiatria al Medico Specialista in Odontoiatria.

Dal 1984, anno in cui sono stati laureati i primi Odontoiatri, il loro inserimento nel profilo dirigenziale di Odontoiatra nel SSN è stato oggetto di alterne vicende correlate alla valutazione della Laurea in assenza di Specializzazione.

Conformemente a quanto previsto dal D.Lvo 502/1992 di riforma del SSN, sussiste infatti l'obbligo del possesso, da parte dei candidati ai concorsi per la dirigenza, della specializzazione nella disciplina oggetto di concorso.

A seguito di numerosi contenziosi si è giunti alla statuizione della IV sez. del Consiglio di Stato (N.3597/2004), sentenza ribadita anche recentemente dal TAR Lazio (n.556/2006).

Diversi sono stati infatti i ricorsi in materia, sostenendo che l'iscrizione all'Albo professionale degli Odontoiatri legittimava all'esercizio della professione odontoiatrica. I Giudici amministrativi hanno risposto che una cosa è la libera professione di odontoiatra, ed un'altra cosa è la figura di dirigente sanitario, la cui opera implica, oltre all'erogazione di prestazioni sanitarie, l'inserimento in una struttura complessa, la collaborazione e il raccordo con altri sanitari, le attività di consulenza, di coordinamento, di controllo e di indirizzo dei collaboratori appartenenti al servizio. Pertanto appare legittimo richiedere a coloro che vogliono accedere al livello dirigenziale del SSN il possesso della specializzazione quale garanzia di qualità per l'utente/paziente. Il titolo abilitante all'esercizio della professione di odontoiatria non è quindi sufficiente a garantire la necessaria professionalità che si richiede a coloro che vogliono accedere al livello dirigenziale del S.S.N.

L'art. 15, comma 3, del D.Lgs. n. 502/92 ha previsto che al concorso pubblico per l'accesso al primo livello della dirigenza del ruolo sanitario possano partecipare coloro che abbiano conseguito la laurea nel corrispondente profilo professionale, siano iscritti all'albo dei rispettivi ordini ed abbiano conseguito il diploma di specializzazione nella disciplina. Tra i requisiti per la partecipazione al concorso al primo

livello dirigenziale odontoiatra, oltre alla laurea in odontoiatria e l'iscrizione all'albo, anche la specializzazione, mentre per i medici legittimati all'esercizio dell'odontoiatria, per evitare disparità tra medici e odontoiatri, oltre alla laurea in medicina, ha previsto, sostanzialmente, una doppia specializzazione aggiuntiva rispetto ai titoli che consentono ai medici l'esercizio della professione suddetta.

Tutto il sistema di riordino della disciplina in materia sanitaria voluto dal legislatore con il D. Lgs. n. 502/92 si basa sui principi della managerialità e dell'efficienza, che vogliono garantire un corretto svolgimento delle attività proprie delle varie figure professionali che operano all'interno di enti e strutture del S.S.N.

La laurea in odontoiatria può essere abilitante per lo svolgimento della professione, ma non è un requisito sufficiente per far acquisire il primo livello dirigenziale, e tantomeno il secondo (Sentenza n.3598/2004 IV Sez CdS), nel sistema concorsuale del Servizio Sanitario Nazionale.

L'ordinamento posto in essere con il predetto D. Lgs. 502/92 è imperniato su un organigramma che inserisce il personale del Servizio Sanitario Nazionale direttamente nella dirigenza e tale ruolo non può essere conseguito con il semplice diploma di laurea ma con una più approfondita conoscenza professionale che non può che essere ricondotta alla specializzazione.

È risultata pertanto evidente la necessità di ampliare l'offerta formativa di Specialità per i Laureati in Odontoiatria al fine di consentire il conseguimento di titoli rispondenti alle richieste del SSN.

Le esigenze delle strutture di assistenza odontoiatrica di primo, secondo e terzo livello (territorio, ospedali e università) inserite nel SSN richiedono soprattutto competenze in odontoiatria generale per la popolazione in età evolutiva ed adulta/anziana.

Il 5.11.2005 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il Decreto sul riordino delle Scuole di Specializzazione, nel quale, all'interno dell'Area Clinica dei Servizi, veniva prevista l'Area Odontoiatrica con le Scuole di Specializzazione in Ortognatodonzia e in Chirurgia Orale, che formano specialisti limitatamente a due

ambiti, seppur importanti, dell'Odontoiatria.

È sembrato perciò opportuno, per dare un' adeguata risposta alle esigenze sopracitate, richiedere un ampliamento dell'offerta formativa nell'ambito della Classe delle Specializzazioni di Area Odontoiatrica. Si è quindi proposta, analogamente a ciò che esiste in Area Medica con la Pediatria e la Medicina Interna, l'istituzione di ulteriori due tipologie di Scuole denominate:

- Odontoiatria Pediatrica
- Odontoiatria Clinica Generale

È necessario altresì considerare che, nell'ambito della revisione delle Classi dei Corsi di Studio ai sensi del DM 270/2004 per il Corso di laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria, è prevista l'estensio-

ne del ciclo di studi da cinque a sei anni.

In considerazione di tali modifiche, e sempre in virtù del suddetto DM 270/04, è stato quindi proposto ed accolto che le Scuole di Specializzazione di Area Odontoiatrica, si articolino su tre anni di corso.

In Appendice è riportato il Decreto di istituzione delle suddette Scuole, che è in corso di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Antonella Polimeni

*Segretario della Conferenza Permanente
dei CLM in Odontoiatria e Protesi Dentaria*



Medicina narrativa

Luciano Vettore (Verona) e Franca Parizzi (Monza)

La “medicina narrativa” sta diventando una realtà che interessa una parte sempre più ampia di professionisti della salute, ma anche di cultori delle Scienze umane. Forse proprio per questa sua accresciuta popolarità in tempi relativamente brevi e in ambienti di differente estrazione culturale, risulta abbastanza difficile una sua definizione univoca.

Si può tentare di definire la “medicina narrativa” come un approccio che arricchisce l’atto medico grazie ai racconti *dei* pazienti, *dei* medici, *degli* infermieri e *di* quanti operano nel “pianeta salute”, ma anche grazie alla loro capacità di raccontare gli aspetti della salute e della malattia nelle loro variegate rappresentazioni emotive oltre che tecniche e scientifiche; e fanno a buon diritto parte della “medicina narrativa” pure i racconti *sui* pazienti e *sui* medici, *sulla* salute e *sulla* malattia: racconti letterari o cinematografici, fatti per lo più da narratori che non hanno esperienza professionale sanitaria, ma che con la loro visione “laica” spesso intrisa di esperienze personali di sofferenza, fanno comprendere ai professionisti della salute – qualunque sia la loro appartenenza professionale – che esercitare la medicina non è solo curare le malattie, ma è anche prendersi cura delle persone sofferenti.

Pazienti e medici sono di loro natura dei “narratori”; lo sono perché sono prima di ogni cosa degli esseri umani, e poiché ogni essere umano psichicamente normale ha la necessità irrinunciabile di comunicare con i suoi simili, di relazionarsi con loro, il narrare e il narrarsi sono lo strumento naturale della relazione.

Il paziente “narratore”

Se consideriamo che la relazione tra medico e paziente ha come oggetto la salute, il suo mantenimento o il suo recupero, dobbiamo constatare come il benessere e soprattutto i malesseri siano potenti stimoli alla narrazione: la narrazione delle circostanze e dei tempi in cui essi si realizzano e si costatano, delle loro cause presunte o vere, delle paure e delle speranze che essi suscitano, degli eventi che li peggiorano o li migliorano, dei rimedi che si presumono o si sono constatati come efficaci.

Ma che cos’è tutto ciò, se non il contenuto dell’anamnesi, secondo il racconto più o meno spontaneo del paziente? L’anamnesi è di sua natura una narrazione, la cui forma – ma anche i cui contenuti – dipende in buona parte dalle caratteristiche della relazione tra il paziente che racconta e il medico che ascolta e

interroga.

Ed è proprio in questa relazione comunicativa, nei modi in cui se ne promuove e se ne consente la realizzazione, che la narrazione può prendere differenti connotati formali: può arricchirsi di colore e calore, o al contrario cristallizzarsi in una sequenza di “fatti” o di “eventi”, raccolti con la presunzione di una descrizione oggettiva e quindi veritiera, ma anche rappresentati e trascritti con tratti sicuri e definiti, senza incertezze o sfumature.

Se il lettore considera quanto abbiamo scritto finora, non farà fatica a distinguere i due connotati opposti della raccolta anamnestica: da una parte il punto di vista del paziente, che possiede come unico strumento comunicativo la possibilità di *raccontare* i propri vissuti e di colorarli e riscaldarli (ma talvolta anche di sbiadirli e raffreddarli) in relazione con le proprie emozioni; le quali – trattando di cose importanti come la salute e la malattia, cioè in fondo la vita o la morte – spesso deformano i contorni della realtà rispetto alla sua rappresentazione definita secondo i crismi della razionalità; dall’altra il punto di vista del medico, che vorrebbe conoscere la realtà nei suoi contorni oggettivi e che ritiene per (de)formazione professionale che la verità sia figlia unica dell’obiettività e della razionalità: ne consegue che, a un freddo osservatore esterno, il paziente tenderà a estendere il proprio racconto in modo apparentemente disordinato (almeno secondo i canoni della razionalità), infarcendolo di particolari “razionalmente” insignificanti, spesso devianti e capaci di mascherare, sia pure inconsapevolmente ma efficacemente, i contorni “veri” della realtà; il medico – condizionato anche dalla scarsità del tempo disponibile – tenderà ad “andare al sodo”, a formalizzare secondo contorni chiari e distinti gli elementi che rappresentano, secondo la sua cultura ed esperienza, fatti noti, comprensibili e interpretabili con le regole della logica.

Come si usa dire per le regole del buon giornalismo: fatti, non opinioni! Per l’appunto: il medico è stato formato soprattutto a scrivere una cronaca; il paziente a raccontare una storia; il punto è che il medico produce una cronaca di fatti che riguardano la vita di un’altra persona, mentre il paziente racconta la storia che sta vivendo, la storia della *sua* vita.

Questa antinomia tra l’anamnesi secondo il medico e l’anamnesi secondo il paziente si è probabilmente accentuata di pari passo con la crescita della valenza scientifica degli atti medici: quella crescita che ha tenu-

to a battesimo la medicina basata sulle evidenze, intese come prove di efficacia; questa medicina mal si concilia con la medicina basata sulla narrazione, che allo sguardo critico dello scienziato non può non apparire tutt'altro che basata su prove, ma anzi al contrario piuttosto "fantasiosa"; bisogna inoltre considerare che questa sensazione di inaffidabilità viene aumentata da una parte dal diffondersi nell'immaginario collettivo di visioni irrazionali – ispirate alla *new age* – della salute e della malattia e dall'altra dalla volgarizzazione massmediatica delle conoscenze scientifiche, certamente incapace di conferire razionalità e consapevolezza ai pazienti, ma altrettanto certamente capace di distorcere i fatti conferendo loro contorni solo apparentemente ragionevoli.

E allora – e qui si arriva al cuore del problema – s'impongono due interrogativi: la migliore tutela della salute dei pazienti dipende primariamente dalla capacità dei medici nel discernere "il grano dal loglio", cioè nel depurare i racconti dei pazienti da tutto quel "rumore di fondo" che deriva dalle loro emozioni esistenziali per giungere alla definizione di fatti oggettivi e razionali, cioè di segni e sintomi logicamente e scientificamente interpretabili, anche se ogni interpretazione mantiene un certo grado d'incertezza? E di conseguenza, il racconto ridondante del paziente deve essere considerato un male da tenere sotto controllo e da limitare, anche se non può essere del tutto eliminato per non interrompere quel legame psicologico di fiducia che il paziente ripone nel medico nella misura in cui avverte la sua comprensione, manifestata dalla disponibilità all'ascolto?

La fortuna che sta avendo in tutto il mondo medico occidentale la così detta "medicina narrativa", sembra propiziare una risposta negativa ai due interrogativi appena formulati; infatti, si sta prendendo coscienza che la ricerca ad oltranza della razionalità e della obiettività di per sé auspicabile, nella realtà è un'illusione; che lo sfrondare i fatti dalle opinioni alla fine ne distorce la veridicità perché li impoverisce irrimediabilmente di elementi che – lungi dall'essere solo "depistanti" – ne facilitano l'interpretazione.

In fondo si sta prendendo coscienza che l'approccio riduzionistico è utilissimo, anzi indispensabile, in una visione pragmatica e strumentale per comprendere i meccanismi dei fenomeni biologici dal punto di vista teorico, ma è molto meno affidabile quando si voglia interpretare il loro realizzarsi nei sistemi complessi che sono l'organismo umano e la vita vissuta delle persone.

Non è il caso ora di inoltrarci nella strada scivolosa e accidentata dei rapporti tra psiche e soma, tra mente e cervello, tra ragione ed emozioni, tra persona e società, tra salute e benessere e tra malattia e malessere (per

gli anglosassoni tra *disease* e *illness*), e così via dicendo tra i molti elementi alternativi, o presunti tali, che sembrano connotare con una visione un po' manichea le interpretazioni della realtà esistenziale; ciò che interessa in questo momento sottolineare è solamente come – anche fermandoci solo a un aspetto utilitaristico – l'interpretazione più corretta e affidabile dei segni e dei sintomi si giova dei connotati apparentemente insignificanti che si possono rinvenire nei racconti dei pazienti, sicuramente un po' fantasiosi e ridondanti, ma non per questo da considerare solo come "rumore di fondo"; al contrario si tratta spesso di messaggi in codice, che richiedono un approccio ermeneutico, approccio che si avvale sicuramente di competenze psicologiche, ma che – almeno in parte – segue inconsapevolmente le regole implicite del narrare, quali si ritrovano in tutti i tipi di narrazione perché strettamente correlati con le categorie del pensiero umano.

A questo si aggiungono altri elementi già da tempo teorizzati nelle descrizioni tipologiche del rapporto medico-paziente: ci riferiamo a elementi di natura oltre che psicologica, anche antropologia e sociologica, che esigono la piena considerazione del soggetto inserito nel proprio ambiente familiare, sociale, economico, ecc., così da garantire una visione "olistica" alla sua realtà esistenziale complessiva, perché il medico per curare le malattie deve innanzi tutto prendersi cura delle persone.

Il medico "narratore"

Fino a questo punto ci siamo occupati del paziente come narratore e dell'importanza dei suoi racconti, mentre abbiamo considerato il medico solo come ascoltatore paziente dei racconti – si perdoni il gioco di parole – del paziente narratore.

Nella realtà anche i medici narrano, con fini e in circostanze diverse e – come vedremo – la loro capacità di narrare in gran parte condiziona la capacità di comprendere e di utilizzare proficuamente i racconti altrui.

Tanto per cominciare, basterebbe considerare i modi così diversi con i quali un medico racconta le storie dei propri pazienti in situazioni ufficiali (congressi, pubblicazioni scientifiche) e rispettivamente quando ne parla informalmente con i propri colleghi: già il linguaggio è differente, tecnico e asettico nel primo tipo di situazioni, molto più colloquiale e spesso colorito nel secondo tipo.

Se poi approfondiamo l'analisi dei due linguaggi, nel primo caso faticheremo a trovare dubbi, notazioni sul contesto esistenziale, partecipazione emotiva; al contrario, nel secondo caso i dubbi decisionali emergono con tutta la loro forza, tradiscono emozioni soprattutto fatte di timore ma anche di partecipazione alla

situazione complessiva in cui vive il paziente di cui si parla, con reazioni talvolta critiche e non del tutto benevole ai suoi comportamenti e atteggiamenti.

Soprattutto medici di famiglia particolarmente attenti a questi aspetti, ufficialmente considerati “di contorno”, talora aggiungono note informali di questo tipo anche nelle loro cartelle cliniche computerizzate; essi possono permettersi di farlo perché ancora queste cartelle sono considerate come documenti privati senza valore medico-legale, a differenza delle cartelle cliniche ospedaliere, dalle quali proprio per queste ragioni le notazioni personali sono accuratamente bandite; ciò spiega almeno in parte la minore attenzione che i clinici ospedalieri pongono agli aspetti esistenziali dei loro pazienti.

I clinici - proprio per i fini più strettamente diagnostici e terapeutici e per il differente approccio che ne consegue alla storia dei loro pazienti, spesso decontestualizzato e attento ai segni obiettivo della malattia più che al vissuto del malato - sono più raramente propensi a “divagazioni” narrative; ma siamo convinti che così facendo rischiano di perdere indizi preziosi anche per l'interpretazione organicistica delle condizioni morbose che stanno diagnosticando e curando.

Insomma, anche nella fattispecie che stiamo considerando, la medicina scientifica e tecnologica, peraltro artefice di progressi indiscutibili nella tutela della salute, sembra contrapporsi alle metodologie narrative, quasi che *evidence base medicine* e *narrative based medicine* debbano *a fortiori* combattersi perché i loro fini si ostacolano vicendevolmente, anziché integrarsi nell'unico e comune fine che è il bene del malato.

Ma anche i maggiori osservanti dell'EBM talvolta vanno incontro alla sindrome del *burn out*, e talvolta addirittura si ammalano perché anche essi sono esseri umani; e allora constatano sulla propria pelle che le storie dei malati non possono essere solo resoconti accurati e rigorosi di alterazioni patologiche e di decisioni tecniche per porvi rimedio, ma sono storie intricate di persone per lo più sofferenti, storie che possono essere meglio capite e più efficacemente utilizzate se attente ad aspetti apparentemente extra-clinici, meglio comprensibili se si avvalgono dello stile narrativo.

A conferma sia pure indiretta di queste considerazioni si può constatare come stia prendendo piede la consuetudine dei “diari” della propria attività professionale: una consuetudine che forse farà sorridere i medici più convintamente scienziati, quasi che si trattasse di un ritorno alle introspezioni adolescenziali, ma che al contrario è avvalorata anche per le ricadute positive nella prassi quotidiana dei Professionisti della salute non solo per i benefici psicologici che ne deri-

vano, ma anche per una maggiore accuratezza degli atti professionali.

Infatti, il raccontare con lo stile narrativo l'esperienza che si sta vivendo - e soprattutto raccontarla per iscritto, perché l'obbligo di scrivere le nostre idee dà loro una forma definita e così le chiarisce anche a noi stessi - costituisce un forte stimolo alla riflessione critica sul proprio operato professionale e ne migliora la *performance*.

Tutto ciò è oramai chiaro e codificato in ambito pedagogico o meglio andragogico, dove l'obiettivo è quello di formare professionisti riflessivi, cioè capaci di elaborare complessivamente sul piano sia cognitivo che emotivo le proprie esperienze così da dare spessore alle proprie decisioni e senso ai propri atti. Proprio per questo sarebbe opportuno che i formatori dei futuri professionisti della salute tenessero nella dovuta considerazione come strumento pedagogico utile i “diari di bordo” ai quali avviare i propri allievi, con la consapevolezza che l'acquisizione di questa consuetudine sarà uno strumento utile in più anche nella loro futura vita professionale. Ma sugli aspetti pedagogici torneremo tra poco.

Tornando al medico narratore in relazione al tema dei diari, testi autobiografici, presentati sempre più frequentemente da medici, rappresentano in fondo un particolare tipo di diario, ma con un taglio più decisamente letterario; tuttavia non sembra troppo azzardato pensare che opere di questo genere, oltre a condividere le proprie motivazioni con quelle proprie a qualsiasi autobiografia (piacere per l'espressione letteraria condita con un pizzico di narcisismo), annoverano probabilmente anche una motivazione “cateratica”: il medico che si racconta trova nell'autoanalisi modi e ragioni per continuare il proprio lavoro, per conservarne o modificarne lo stile professionale.

Non si può sapere quanto volentieri altri medici leggano autobiografie di colleghi; probabilmente la propensione personale dipende dalla necessità o anche solo dal desiderio di essere a proprio volta aiutati ad autoanalizzare la propria realtà professionale attraverso il meccanismo facilitante dell'identificazione o delle differenziazione; probabilmente questo meccanismo scatta con maggiore facilità quando i medici raccontano letterariamente dei loro pazienti; mentre crediamo che sia i medici che le persone comuni leggano con molto interesse le storie che i medici raccontano sulle loro malattie; infatti in questi casi la partecipazione al racconto è molto più complessa e articolata: l'autobiografo è molto probabilmente stimolato a una revisione critica del proprio vissuto di medico nel momento in cui lo rilegge con gli occhi di paziente; e quasi certamente i malati che leggono le esperienze di malattia dei medici vivono sentimenti contraddittori,

che vanno dalla solidarietà esistenziale all'attenuazione almeno psicologica delle proprie sofferenze che deriva dall'aver come "compagno al duol" chi per ruolo ne sembra esente.

Di tutta questa complessità e dell'interesse che essa suscita dà testimonianza recente l'intervista televisiva di quattro medici-pazienti (tre malati di cancro con prognosi differente, e uno – un oncologo – vittima di un ictus), con gli scritti e i numerosi dibattiti che l'hanno seguita.

Di natura completamente diversa, tanto da non potersi considerare veramente come medicina narrativa, è la notevole quantità di opere scritte da medici; sono molti infatti i medici ai quali piace scrivere: per lo più si dedicano a contenuti medico-scientifici, molti pubblicando i risultati delle loro ricerche, alcuni scrivendo testi o capitoli di trattati, altri ancora collaborando a pubblicazioni divulgative rivolte al pubblico "laico"; ma questi contributi raramente contaminano le descrizioni di natura scientifica o divulgativa con quelle di natura esperienziale ed esistenziale. Infine esiste una pattuglia nemmeno troppo sparuta di "medici scrittori", per lo più medici romanzieri, che possono fare appello alla loro fantasia creativa costruendo trame anche molto lontane dalla medicina e dalle sue storie; tuttavia viene da supporre che l'imprinting dell'essere medici sia in essi così forte da condizionarne, spesso inconsapevolmente, sia lo stile che i racconti.

La narrazione e la cura

Dopo quanto si è detto, non dovrebbe stupire che l'apertura del medico alla medicina narrativa possa migliorare le sue capacità di cura: infatti, i racconti del paziente, anche quando apparentemente divaganti rispetto alla malattia, possono fornire invece preziosi elementi di comprensione, utili all'interpretazione fisiopatologica dei segni e dei sintomi, all'attribuzione etiopatogenetica dei disturbi, all'indirizzo diagnostico e alla scelta terapeutica.

Tuttavia, ciò che da una parte - a modo suo - il paziente racconta deve trovare dall'altra parte il medico che ascolta e capisce; il medico che, in relazione alla propria esperienza narrativa, sa utilizzare competenze ermeneutiche per disvelare significati nascosti.

Ma c'è ancora dell'altro: tra paziente che narra e medico che partecipa attivamente anche ai risvolti della narrazione apparentemente estranei alla medicina, nasce una sorta di complicità, che aiuta entrambi nella gestione della sofferenza e talvolta anche nell'intervento efficace sulla malattia.

Una delle "madri" della *Narrative medicine*, Rita Charon, internista responsabile del Programma di

Medicina narrativa presso il *College of Physicians and Surgeons* della Columbia University, riferisce la propria esperienza di condivisione con i propri pazienti degli appunti narrativi che lei scrive in margine alle consultazioni e testimonia in proposito le ricadute positive che tale approccio ha non solo sulla relazione tra medico e paziente, ma anche sulla conoscenza più approfondita della malattia e di conseguenza sull'appropriatezza delle decisioni terapeutiche. Per non tradire il senso dei messaggi che la Charon trasmette in proposito, pensiamo che la cosa più opportuna sia il tradurre testualmente una frase breve, ma particolarmente significativa: "Ho cominciato a scrivere storie sui pazienti che mi disturbavano e mi sconcertavano. Più scrivevo sui miei pazienti e su me stessa, e più mi convincevo che lo scrivere questi racconti mi permetteva un accesso alla conoscenza – del paziente e di me stessa – che altrimenti sarebbe rimasta fuori della mia portata. Diventavo maggiormente partecipe, più curiosa, più coinvolta nella loro realtà, più dalla loro parte".

Oggi giustamente si lamenta la disumanizzazione della medicina e l'allargamento della asimmetria tra medico e paziente, peraltro naturalmente costitutiva del loro rapporto; nonostante l'obbligatorietà di procedure come il consenso informato, purtroppo considerate troppo spesso come incombenze meramente burocratiche, resta un miraggio la partecipazione responsabile del paziente alla "gestione" della propria condizione, anche se tale partecipazione si dovrebbe fondare sul fatto incontestabile che nessuno più di lui può avere esperienza diretta delle proprie sensazioni.

Ebbene, la familiarità con gli strumenti della medicina narrativa può forse diventare una freccia all'arco di coloro che sperano e investono nella medicina partecipata, in una medicina moderna nella quale medici e pazienti facciano ciascuno la propria parte non da sponde contrapposte, bensì in un'alleanza che ha come fine comune la cura efficace, finalmente nutrita di una vera relazione empatica; quest'ultima infatti potrebbe validamente nutrirsi della condivisione reciproca dei racconti informali ma "veri" del medico e del suo paziente.

Medicina narrativa e formazione dei Professionisti della salute

Se è vero, come sembra, che la "medicina narrativa" rappresenta uno strumento prezioso nell'attività del Medico e probabilmente anche di altri Professionisti della salute, non sembra troppo peregrino che essa costituisca oggetto di insegnamento e di apprendimento nella formazione di questi professionisti. Per questa ragione, e quindi non a caso, al tema è stata

dedicata, con riscontri molto positivi, un'intera sessione nell'ultimo Congresso nazionale della Società Italiana di Pedagogia Medica, tenutosi a Genova nel novembre del 2005.

La sessione si è articolata in cinque sottosessioni sui seguenti argomenti:

- le narrazioni dei pazienti come strumenti educativi alla relazione tra operatori sanitari e pazienti e come strumenti del processo di cura;
- le narrazioni delle esperienze vissute da parte degli operatori sanitari nel loro percorso formativo e nel confronto con il malato e la malattia, come strumento di riflessione e di formazione;
- arte, musica e letteratura come strumenti per educare la sensibilità e la capacità di ascolto dei pazienti;
- le narrazioni di malattia nella letteratura e nel cinema;
- *Narrative Based Medicine* ed *Evidence Based Medicine*.

Già solo i titoli indicano le direttrici di un progetto formativo di "medicina narrativa"; almeno in parte e con un'ottica più generale abbiamo fatto cenno ad alcune di queste tematiche nelle pagine precedenti; d'altra parte non è questo il luogo per dare conto dei risultati dei lavori di gruppo che si sono sviluppati in ogni sottosessione e di cui si può trovare il resoconto analitico nei due fascicoli della rivista TUTOR, quello sulla preparazione delle "tesi" congressuali e quello che ne pubblica gli Atti.

Qui ci limiteremo pertanto a sviluppare sinteticamente solo qualche altro aspetto rilevante che collega la "medicina narrativa" alla formazione dei sanitari.

In primo luogo, richiamando ancora l'esperienza della Charon, i Professionisti della salute dovrebbero acquisire una competenza narrativa, costituita da una serie di abilità, necessarie per riconoscere, acquisire, interpretare ed essere coinvolti dalle storie che ascoltano o che leggono; si tratta di abilità "testuali" (cioè identificare la struttura di una storia, rendersi conto della molteplicità delle sue prospettive, riconoscere le metafore e le allusioni), abilità "creative" (immaginare molteplici interpretazioni, far crescere la curiosità, inventare più "finali"), e abilità "affettive" (tollerare l'incertezza mentre la storia si dipana, entrare nel "clima" emotivo, negli umori della storia). Tutte queste capacità, sempre secondo la Charon, forniscono al lettore o all'ascoltatore gli strumenti per trarre informazioni dalle storie, per decodificarle e così cominciare a capirne anche i significati nascosti.

Strumenti della formazione possono essere racconti letterari, romanzi ed anche film: la rappresentazione letteraria, e oggi in modo forse più recepibile quella cinematografica, degli aspetti emozionali, psicologici, antropologici, filosofici ed etici della malattia e della sofferenza è spesso molto più efficace delle descrizio-

ni che ne fanno nella *routine* quotidiana gli operatori sanitari; essi infatti sono generalmente costretti a "raffreddare" gli aspetti emotivi più coinvolgenti, per non essere a loro volta travolti dalle emozioni con risultati negativi nel loro operare professionale.

Pertanto la lettura di testi letterari o la visione di film che descrivono anche drammaticamente gli aspetti esistenziali del dolore, della sofferenza, della malattia rappresentano stimoli forti ed efficaci nel rendere consapevoli che "fare medicina" non è solo l'esercizio di tecniche sofisticate, ancorché sperabilmente efficaci, per ridare salute alle persone, ma è anche fare con loro un tratto di strada tenendole per mano e condividendo la comprensione della sofferenza, il che di per sé ne dà in qualche misura sollievo. Insomma è di grande potenza pedagogica lo stimolo a immaginare nel proprio mondo interiore le condizioni realistiche di sofferenza che un bravo scrittore sa far rivivere ai propri lettori sia pure con reazioni personali diverse; e forse ancora più coinvolgente per i giovani d'oggi, allevati nella civiltà dell'immagine più che in quella della lettura, è assistere alla rappresentazione cinematografica dei drammi umani che nascono dalla perdita della salute.

Per fortuna la letteratura nazionale e internazionale,



passata e presente, è ricca di testi esemplari, e così pure la filmografia offre moltissime possibilità. Altrettanto fortunatamente esistono pubblicazioni che insegnano a leggere con valenza pedagogica le storie scritte (si pensi per fare una sola citazione al libro di Vito Cagli: "Malattie come racconti"), o rappresentate nel linguaggio cinematografico; infatti, affinché le narrazioni scritte o proiettate diventino strumenti di formazione non basta un'acquisizione della trama da spettatori, sia pure con gradi personali diversi di partecipazione emotiva: sono indispensabili anche guide di lettura e d'interpretazione dei messaggi proposti, e sono necessari stimoli alla riflessione per una apprendimento metacognitivo e perciò significativo.

Inoltre, se si vogliono raggiungere efficacemente queste finalità, non sono indifferenti le metodologie didattiche: una discussione in piccolo gruppo in un *setting* tutoriale è sicuramente molto più efficace di una lezione frontale, o di un dibattito collettivo come quello che un tempo si verificava nei cineforum e che oggi rischia di riprodursi altrettanto sterilmente nelle aule accademiche.

Ma anche l'esperienza vissuta personalmente dagli studenti può essere valorizzata didatticamente per una formazione alla "medicina narrativa": abbiamo

già citato al proposito i "diari di bordo", cioè quegli strumenti che aiutano lo studente a rivivere le proprie emozioni a contatto con situazioni simili a quelle che lo accompagneranno per il resto della sua vita e a ripensarle in termini propositivi ed educativi, così da diventare nel tempo una persona matura, capace di vivere positivamente e costruttivamente le proprie emozioni.

In un recente Convegno sulla "Medicina partecipativa" si diceva che "forse l'empatia non si può insegnare e apprendere a scuola, perché non è un'abilità ma un'attitudine, cioè è il frutto di una ricchezza personale: *per far crescere l'attitudine empatica bisogna far crescere le doti della persona*. A questo dovrebbero tendere le *Medical Humanities* recentemente introdotte nelle Facoltà mediche (ma anche queste troppo spesso vengono insegnate solo come nozioni appartenenti alle discipline umanistiche).

Per modificare l'atteggiamento psico-relazionale dei Professionisti della salute non basta aumentare il loro bagaglio di conoscenze; è necessario migliorare il loro bagaglio di umanità e il loro personale "equilibrio psico-emotivo", perché le professioni sanitarie richiedono una cospicua capacità di gestione di eventi ad elevato impatto emotivo.

E allora - si suggeriva sempre in quel Convegno - servirebbero almeno due approcci innovativi oltre a quelli scolastici tradizionali:

- la selezione iniziale dei futuri professionisti della salute non solo sulla base delle conoscenze o al massimo delle doti intellettive (comunque indispensabili), ma anche delle attitudini dipendenti dalle caratteristiche psicologiche;
- l'introduzione nel *cursus studiorum* di iniziative che aiutino e se possibile aumentino la maturazione della persona."

Siamo sempre più convinti che l'introduzione della "medicina narrativa" nei *curricula* universitari potrebbe concretamente rappresentare in modo efficace una di queste iniziative.

Infine qualche breve considerazione meritano anche i rapporti tra la "medicina narrativa" e l'etica.

In primo luogo qualsiasi narrazione di fatti che riguardano le persone richiede sempre una grande attenzione etica: non si tratta solo della tutela della *privacy* individuale tale da impedire il riconoscimento delle persone, o della obbligatorietà di ottenere un consenso da parte degli interessati prima di rendere pubblici fatti che li riguardano; si tratta - oltre a ciò - di un sostanziale rispetto dei valori della persona, che esige l'astensione assoluta da atteggiamenti moralistici o peggio irritanti; si tratta addirittura di riconoscenza per chi - mettendo a disposizione i propri vissuti di



sofferenza, di malattia, talora di diversità - offre un dono prezioso per la crescita psico-emotiva di altre persone.

Inoltre le storie dei pazienti e dei loro rapporti con gli operatori e ambienti sanitari, con il mondo della salute e della malattia, possono fornire agli studenti nelle Professioni della salute strumenti molto efficaci proprio per l'apprendimento degli aspetti etici, ma anche psicologici, antropologici, filosofici, sociali, ecc., che accompagnano ogni situazione di malattia; insomma, troppo spesso nella formazione degli operatori sanitari ci si limita alla trattazione - per lo più teorica e sui principi - dei grandi temi dell'etica, mentre si dà scarsa attenzione al vissuto quotidiano, ai risvolti etici tutt'altro che marginali che ogni situazione presenta e che ogni decisione conseguentemente comporta; ebbene tutto questo, che sostanzialmente attiene alla così detta "etica clinica", potrebbe trarre grande giovamento sul piano formativo da ciò che la "medicina narrativa" può offrire.

Sintesi conclusiva

Molte sono dunque le possibili declinazioni della così detta "medicina narrativa": a essa appartengono in modo "naturale" i racconti anamnestici dei pazienti e quelli che gli operatori sanitari si trasmettono sulle loro esperienze professionali; e vi appartengono anche i racconti di vicende personali che hanno a che fare con la salute e la malattia, propria o altrui, proposti sia da pazienti o ex-pazienti, sia da coloro che se ne sono presi cura. I fini di tutti questi racconti possono essere differenti: dal fine eminentemente clinico, che è quello di accompagnare e facilitare l'iter diagnostico e terapeutico, al fine di natura psico-relazionale, che cerca e trova nella narrazione l'*humus* per sviluppare e maturare l'attitudine personale all'empatia.

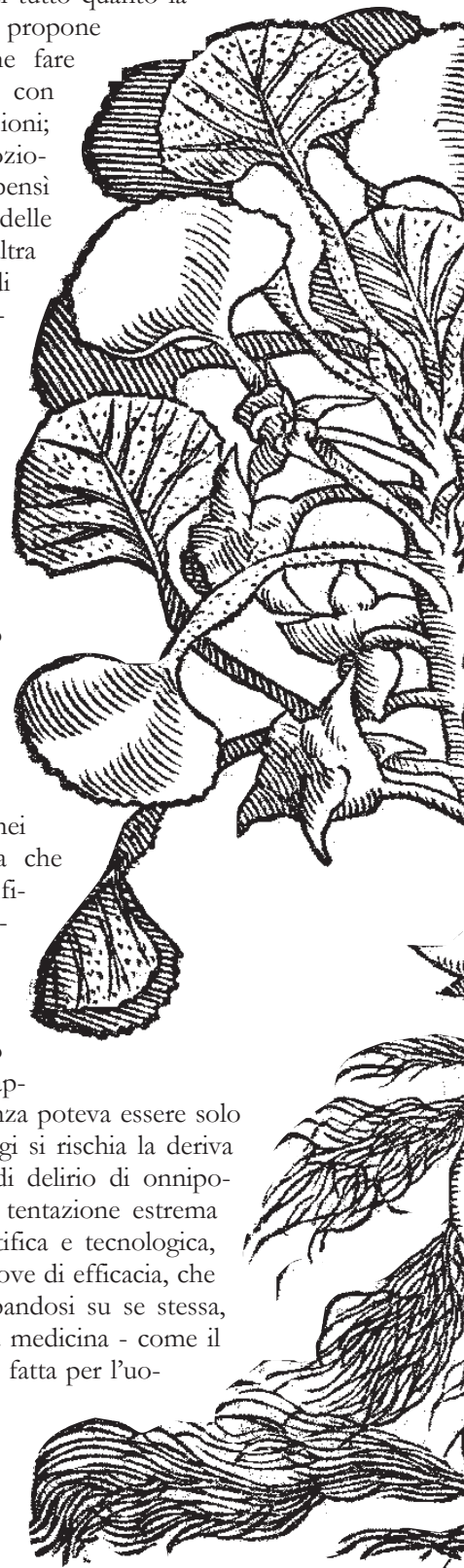
Questa prima delimitazione della "medicina narrativa" forse stupisce i "non addetti ai lavori", i quali - se interpellati su che cosa sia per loro la "medicina narrativa" - probabilmente la identificherebbero con romanzi, racconti, film, opere teatrali che trattano di problemi sanitari, che raccontano storie di persone malate o comunque sofferenti e storie di medici e di infermieri che le curano. Talvolta questi racconti riguardano vicende personali, entrando nel novero delle autobiografie; talaltra raccontano storie di altri, che possono essere vere, verosimili o assolutamente fantastiche. Sempre i non addetti ai lavori probabilmente confesserebbero le proprie emozioni nell'incontro con quei racconti e per lo più attribuirebbero queste emozioni alla paura di vivere situazioni simili o al rivivere situazioni a loro già familiari.

Nella realtà tutto ciò di cui si è parlato entra nella

"medicina narrativa", che peraltro trova unitarietà nonostante le molteplici declinazioni in alcuni principi fondamentali: innanzi tutto quanto la "medicina narrativa" propone certamente ha a che fare in modo prevalente con il mondo delle emozioni; ma non sono emozioni fini a se stesse, bensì costituiscono una delle due componenti - l'altra è quella razionale - di cui ogni realtà è costituita.

E allora il fine essenziale della "medicina narrativa" è quello di restituire al mondo della medicina una visione complessiva e unitaria, cercando di fare sintesi tra le due visioni che separatamente da sempre rappresentavano le due metà di un'entità unica: nei tempi passati, prima che la medicina scientifica e tecnologica riuscisse a cambiare la storia naturale delle malattie, gli aspetti emozionali erano prevalenti perché il rapporto con la sofferenza poteva essere solo compassionevole; oggi si rischia la deriva opposta: una sorta di delirio di onnipotenza rappresenta la tentazione estrema della medicina scientifica e tecnologica, quella basata sulle prove di efficacia, che così rischia, avviluppandosi su se stessa, di dimenticare che la medicina - come il sabato evangelico - è fatta per l'uomo e non viceversa.

Tuttavia non si tratta di contrapporre o addirittura di sostituire la *narrative based medicine* alla *evidence based medicine*



ne, in una visione manichea che fa alternativamente vincere la creatività o la razionalità; si tratta piuttosto di cercare tra le due un mix equilibrato, finalizzato comunque al benessere (come diceva Aristotele, alla felicità?) dell'uomo, che è fatto di meccanismi biologici e di pensieri ed emozioni, ammala per colpa degli uni e delle altre e con la forza di entrambi spera e desidera di essere risanato. Per aiutare quest'uomo c'è bisogno di Professionisti della salute che abbiano una consapevolezza equilibrata, si potrebbe dire "sapienziale", di quanto la realtà sia complessa e composita, e che sappiano quindi riflettere per prendere decisioni sagge: allora la "medicina narrativa" troverà la sua ragione fondamentale soprattutto nell'aiutare la formazione di "professionisti riflessivi", capaci di entrare in relazione empatica con le persone, e per questo utili alla loro salute fisica e psichica.

Lectures consigliate

Atkinson R *L'intervista narrativa*. 1998 Cortina, Milano
 Bert G., Quadrino S. "Parole di medici, parole di pazienti. Counselling e narrativa in Medicina". 2002 Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
 Binetti P, Bruni R "Il cinema tra formazione e terapia" Tutor, 2004, N. 2-3, 90-101
 Cagli V *Malattie come racconti*, 2004 Armando Editore Roma
 Calamari E *I ricordi personali* 1995 Edizioni ETS Firenze
 Cattorini P *Bioetica e Cinema, Racconti di malattia e dilemmi morali*, 2003 Ed. Franco Angeli Milano

Cavareto A *Tu che mi guardi, tu che mi racconti* 1997 Ed. Feltrinelli Milano
 Charon R *Narrative Medicine: Form, Function, and Ethics*, Ann Intern Med 2001, 134: 83
 Charon R *Narrative and medicine*, N Engl J Med 2004, 350: 862
 Cima R, Moreni L, Soldati MG *Dentro le storie* 1999 Ed. Franco Angeli Milano
 Cosmacini G "Lettera a un medico sulla cura degli uomini" 2003 Laterza Ed. Bari
 Cosmacini G, Rugarli C "Introduzione alla Medicina" 2000 Laterza Ed. Bari
 Cosmacini G, "La qualità del tuo medico. Per una filosofia della Medicina" 1995 Laterza Ed. Bari
 Cosmacini G, "Il mestiere di medico. Storia di una professione" 2000 Ed. Cortina Milano
 Demazier D, Dubar C *Dentro le storie. Analizzare le interviste biografiche* 1997 Ed. Cortina Milano
 Demetrio D *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé* 1995 Ed. Cortina Milano
 Downie RS *Literature and Medicine*, J Med Ethics 1991, 17: 93
 Duca PG, Fognini G *Cinema e formazione una sperimentazione didattica* Occhio Clinico, 2003, anno IX, Sett. n. 7
 Fabbris D *Narrare il conoscere. Appunti per una epistemologia della formazione* In Kaneklin C, Scaratti G, *Formazione e narrazione* 1998 Ed. Cortina Milano
 Fabbris D. in *Formazione e narrazione* (a cura di Kaneklin C, Scaratti G.) 1998 Ed. Cortina Milano
 Flores G *Doctors in the movies* Arch. Dis. Child. Dec. 2004;89;1084-1088
 Fognini G, Duca PG, Casazza G *Medicinema: la formazione del medico e il contributo della decima Musa. Considerazioni su di una sperimentazione didattica* MEDIC, 2005;13:50-56
 Formenti L *La narrazione autobiografica* 1998 Ed. Guerini Milano
 Formenti L, Gamelli I *Quella volta che ho imparato: la conoscenza di sé nei luoghi dell'educazione* 1998 Ed. Cortina Milano
 Franza A *Retorica e metaforica in pedagogia* 1993 Ed. Unicopli Bologna
 Franza A, Mottana P. *Dissolvenze. Le immagini della formazione* 1997 Clueb, Bologna
 Gargano A, Garrino L, Lombardo S *Le immagini della formazione: narrazioni sull'apprendimento* Tutor, Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica 2002; 3:124
 Gaver A, Borkan JM, Weingarten MA *Illness in context and families as teachers: a year-long project for medical students* Academic Medicine 2005, 80:448-451
 Good B *Narrare la malattia*, 1999 Edizioni di Comunità Torino
 Gordon D, Peruselli C *Le narrazioni di fine vita* 2001 Ed. Franco Angeli Milano
 Jelinek M - *Casi clinici ed Evidence Based Medicine*, 2001 Il Pensiero Scientifico Editore Roma
 Kaneklin C, Scaratti G *Formazione e narrazione* 1998 Ed. Cortina Milano
 Lempp H, Seale C *The hidden curriculum in undergraduate medical*

education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching
British Medical Journal 2005, 329: 770-773

Marini S, Pierallini G *Medici al cinema. La figura del medico interpretata sul grande schermo dagli anni trenta a oggi* 2004, Ed. Luna Nera Srl - Area Qualità

Masini V *Medicina narrativa. Comunicazione empatica ed interazione dinamica nella relazione medico-paziente*, 2005 Ed. Franco Angeli Milano

Massa R. *La clinica della formazione* 1997 Ed. Franco Angeli Milano

Oransky I *Book and film - From narratives of illness to "edutainment"*
The Lancet 2004, 364: 1305

Parizzi F, Parisi G, Zannini L, Garrino L, Giani U. La narrazione: strumento di educazione. Tracce per la preparazione delle tesi congressuali. Tutor 2005, 1-2: 20-26

Parizzi F, Parisi G, Zannini L, Garrino L, Giani U. La narrazione: strumento di educazione. Atti XIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Pedagogia Medica. Tutor 2006, 1-2: 18-35

Ricoeur P *Dal testo all'azione. Saggi di ermeneutica*, 1989 Jaca Book Milano

Russo MT *Il ruolo delle scienze umane nella formazione del medico*, Tutor 2001: 82

Self DJ, Baldwin DC, Olivarez M *Teaching Medical Ethics to first year students by using film discussion to develop their moral reasoning*,

Acad Med 1993,68: 383

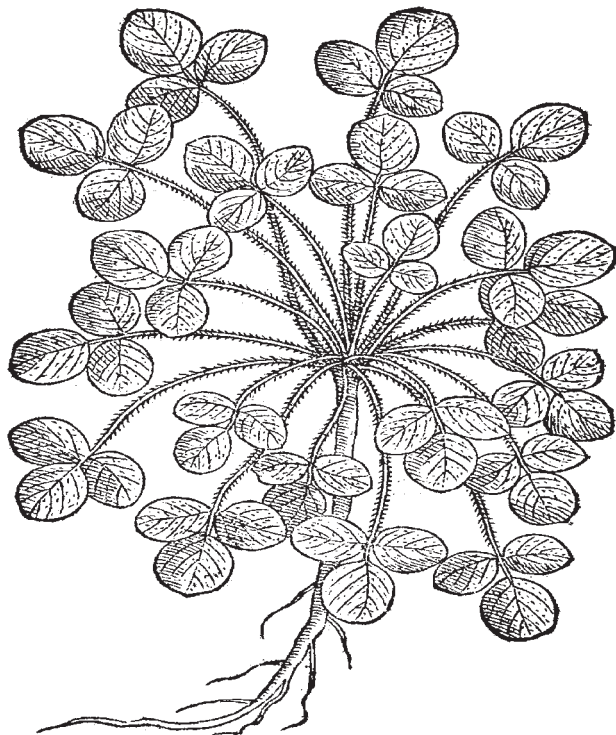
Bonetti M, Ruffatto MT *Il dolore narrato. La comunicazione con il malato neoplastico grave*, 2001 Centro Scientifico Editore Torino

Sontag S *Malattia come metafora*, 1992, Ed. Einaudi Torino

Treadway K *Becoming a physician. Notes to the class - First day* N

Engl J Med 2005, 352: 1943-1944

Zannini L *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per operatori socio-sanitari* 2001 Ed. Franco Angeli Milano



Il futuro dell'insegnamento di Pediatria Generale e Specialistica nel Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Alfred Tenore (Udine)

Introduzione

Il 12-14 Giugno di quest'anno, la Società Italiana di Pediatria ha promosso un incontro (*Forum sulla Formazione e l'Assistenza*) a Pisa, dove si sono riuniti rappresentanti della Pediatria Italiana ossia pediatri di base, ospedalieri ed universitari con lo scopo condiviso di rispondere alla domanda sul prossimo futuro, "Quale Pediatra per quale modello di Pediatria?".

Negli ultimi anni si sta assistendo a cambiamenti molto rapidi all'interno della pediatria, che riguardano l'evoluzione nelle cause di morbilità e nei bisogni di salute e le novità relative alle metodologie diagnostiche e ai protocolli terapeutici, il numero di pediatri disponibili, nonché l'attitudine degli stessi utenti e delle loro famiglie. Queste evoluzioni impongono nuove modalità di formazione ed aggiornamento, sia dei percorsi del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia e della Scuola di Specializzazione sia nelle offerte di Educazione continua in Medicina.

In particolare, nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia esiste tuttora una difficoltà reale ed oggettiva a conferire un'adeguata preparazione pratica agli studenti. Troppo spesso la laurea in Medicina tende ad essere una laurea in "cultura medica". Infatti, stando al giudizio di osservatori di altri paesi, i laureati italiani sono spesso colti, ma sostanzialmente incompetenti per ciò che riguarda l'esperienza e la pratica clinica. Pertanto, la "mission" del nuovo Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia non dovrebbe essere quella di insegnare solo la medicina, come è stato fatto, più o meno bene, fino ad ora, ma di insegnare a fare il medico.

Tuttavia, se vogliamo incominciare a curare il paziente dovremmo iniziare da qualche punto di partenza, e la pediatria potrebbe essere il giusto punto d'inizio per almeno due ragioni: (1) la storia della medicina ci indica che la maggior parte dei più importanti cambiamenti pedagogici attinenti alla formazione medica sono stati iniziati da Pediatri, (2) la Pediatria rappresenta l'inizio di un ciclo vitale umano che porta a progressivi cambiamenti "evolutivi" fino ad arrivare alla "maturazione" di un individuo. Analogamente i cambiamenti nella pedagogia medica, spinti dai pediatri, potrebbero evolversi e maturare in quello che si spera sia un

prodotto finale completo di alta qualità. Allora, con questa mentalità non restrittiva (legata solo alla Pediatria), iniziamo a cambiare l'insegnamento, o meglio dovrei dire l'apprendimento, della pediatria nelle nostre Facoltà.

La domanda importante che sorge a questo punto è: "come dobbiamo cambiare?" e "quali sono le condizioni che detteranno cosa e come dovremmo cambiare?"

Una delle prime domande che dovremmo porci, alla quale sarebbe importante rispondere per poter capire la strada che dovremmo intraprendere, è se l'insegnamento e l'apprendimento della pediatria debbono essere intesi solo come un atto formale, fine a se stesso o non piuttosto in termini di un insegnamento che sia messo in pratica dopo la laurea? Per capire l'estensione di questa domanda si dovrebbe cercare di capire quale futuro attende la "Pediatria", come disciplina professionale. Fra 20 - 30 anni ci saranno abbastanza pediatri da prestare cure ai bambini in modo esclusivo? Se sì, allora l'insegnamento della Pediatria nei Corsi di laurea forse dovrebbe essere più un insegnamento "culturale" che non pratico, lasciando la vera formazione del pediatra alle scuole di specializzazione. Se invece i bambini verranno visti da medici di medicina generale, come purtroppo già avviene oggi, allora dovremmo pensare a preparare i nostri futuri studenti, non insegnandogli la pediatria, ma a fare il pediatra!

Allora, qual è la situazione attuale della professione pediatrica e quale sarà la stessa nei prossimi 15-30 anni?

Guardando i dati degli ultimi 5 anni, per ciò che riguarda il numero di pediatri che vengono formati annualmente, si deduce che in media vengono formati 229 nuovi pediatri/anno (Fig 1).

Dei pediatri che si specializzano nelle nostre università, circa il 5% (attualmente 577 tra ordinari, associati e ricercatori) svolgerà la sua professione nell'ambito universitario, circa il 35% (5600) in quello ospedaliero e circa il 60% (8100) opererà come Pediatra di Famiglia. Attualmente la forza pediatrica totale è di circa 14300 specialisti.

Se si guarda alla distribuzione dei pediatri attualmente in servizio in rapporto alla loro attuale età (Fig. 2), si nota che fra circa 15-20 anni il 50% dell'attuale forza pediatrica sarà in pensione e fra

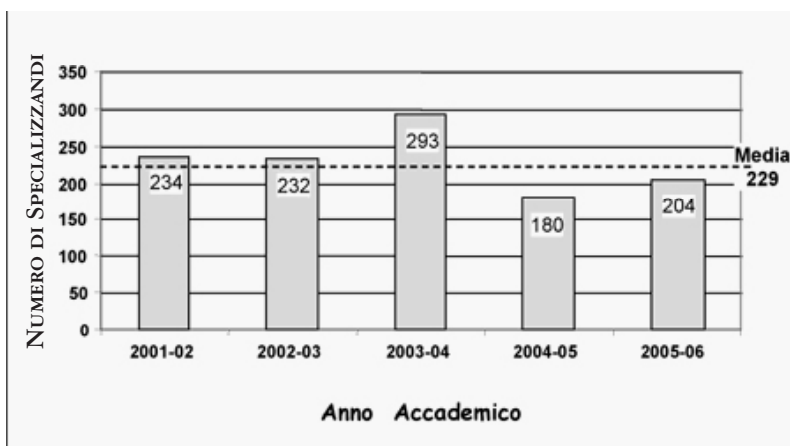


Fig. 1 - Numero di "borse" per la specializzazione di Pediatria negli ultimi 5 anni. Ogni anno vengono formati in media circa 229 specialisti in Pediatria.

20-25 questa percentuale raggiungerà il 76%. Se l'incremento di pediatri rimanesse a circa 230/anno, fra 20 anni avremmo formato 4600 pediatri, ma se ne saranno andati in pensione poco più di 7000 (una riduzione di 2400 pediatri); mentre fra 25 anni saranno andati in pensione 10400 pediatri rispetto ai 5750 pediatri specializzati, arrivando ad una riduzione di 4650 pediatri. Pertanto, se attualmente, per coprire la popolazione fra 0 - 14 anni mancano circa 3000 pediatri (per non parlare addirittura della fascia d'età fino a 18 anni che dovrebbe essere coperta dal pediatra), fra il 2025 e 2030 il numero disponibile di medici specializzati in pediatria (7147 tra quelli formati nei precedenti 20-25 anni e i rimanenti che già stavano in servizio) sarà insufficiente a coprire anche solo l'utenza da 0 a 6 anni, poiché il numero di pediatri sarà meno del 50% di quello attuale (14300).

Questa situazione potrebbe addirittura peggiorare se i 7147 pediatri scegliessero di occupare gli attuali posti universitari ed ospedalieri come prima preferenza, anche in assenza di crescita di personale universitario (possibile in un Paese che considera didattica e ricerca come elementi opzionali nel progresso della società e della nazione): circa 6000 pediatri diventerebbero universitari o ospedalieri e poco più di 1000 Pediatri di Famiglia. Certamente si tratta di una situazione insostenibile che non potrà che peggiorare viste le direttive messe in atto dai nostri politici, e che vedrà la fine del Pediatra di Famiglia in Italia, un

paese che può vantare il primato di essere stato quello che, attraverso i secoli, ha sempre mostrato interesse verso il bambino (Corporazione dell'Arte della Seta, Firenze 1294), per essere stato la sede del primo "ospedale" per bambini (Ospedale degli Innocenti, Firenze 1445) che ha funzionato in modo continuo fino ad oggi, per essere stato il luogo dove è stato scritto e pubblicato il primo e più antico trattato completamente dedicato alla Pediatria (Paolo Bagellaro, Fiume Veneto, 1472); e infine per essere stata la sede della prima Scuola di specializzazione in Pediatria (Firenze, 1802), Prima che l'America fosse scoperta,

l'Italia poteva vantare una "cultura" pediatrica che le faceva onore. Questo onore è stato riconosciuto dall'*American Academy of Pediatrics* (AAP), quando nel 1939, sotto la guida del dottor Henry Helmholtz, l'allora presidente della AAP, scelse uno dei dieci bambini di Andrea Della Robbia che dal 1463 ornano la Loggia degli Innocenti per farne successivamente (1955) il simbolo ufficiale della *American Academy of Pediatrics* (Fig 3).

Tutte queste premesse servono a chiarire la mia posizione sulla Pediatria del domani, ritengo cioè che una società evoluta come la nostra non possa fare a meno di una figura professionale (pediatra) dedicata al benessere del bambino in tutte le sue fasi evolutive, cioè dalla nascita ai 18 anni (ricordo che negli USA la pediatria "copre" per i maschi la fascia d'età che arriva fino a 21 anni e per le femmine fino a 20 anni). Ma se questo non dovesse avvenire, noi dovremmo pensare a forma-

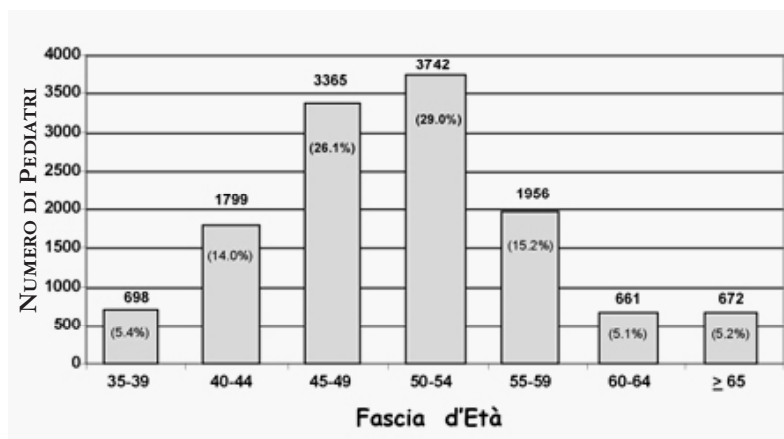


Fig. 2 - Distribuzione attuale della forza pediatrica (numero assoluto e percentuale di Pediatri) per fascia d'età.

re un Medico, durante il corso di laurea in Medicina e Chirurgia, che abbia sufficienti conoscenze e capacità/abilità cliniche per essere anche in grado di prestare cure pediatriche.

Allora, se il medico generalista dovrà sempre di più occuparsi di pazienti in età evolutiva, dovremmo chiederci come occorre rivedere il programma del corso integrato di Pediatria e il relativo tirocinio. In altre parole dovremmo porci le seguenti domande:

- 1) Serve fare una revisione della struttura del *core curriculum* della formazione medica e del *core curriculum* del contenuto d'insegnamento della pediatria? (Non si può pensare di cambiare l'insegnamento della pediatria, nel modo in cui vorremmo che esso venisse cambiato, senza che questo cambiamento influisca sullo svolgimento degli altri corsi).
- 2) Occorrono più "crediti" (cioè tempo) per l'insegnamento/apprendimento delle materie pediatriche?
- 3) Quali dovrebbero essere gli apprendimenti essenziali in Pediatria per il laureato in Medicina e Chirurgia, come futuro Medico di Medicina Generale?
- 4) Quali dovrebbero essere i contenuti del tirocinio pratico?

Per rispondere a questa serie di domande dobbiamo solo cercare di imparare da quelli che l'hanno già fatto. Quelli che arrivano in ritardo, cioè noi, si trovano sempre in una condizione di vantaggio perché, teoricamente, possono imparare dagli errori fatti dagli altri (purtroppo questo non è sempre vero perché, specialmente nel mondo della sanità, si è "copiato" senza aver prima "valutato" quanto si stava facendo).

Una proposta da valutare

Negli ultimi anni (quasi 14) sono stato membro e Vice Presidente della Conferenza dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, dove sono stato molto attivo nel cercare di cambiare l'insegnamento della Medicina in generale (inclusa la Pediatria) in Italia. Quello che segue è un insieme di informazioni raccolte negli ultimi anni, da più fonti (europee, americane del Nord e del Sud, oceaniche, per es. Australia), studiando i cambiamenti pedagogici che si stanno verificando (dettati dalle nuove richieste avanzate ai medici dalla società) e considerando le domande che abbiamo esposto sopra.

Allora, la domanda chiave è: "Come occorre rivedere il programma del corso integrato di Pediatria e del relativo tirocinio?" In altre parole, serve fare una revisione della struttura del *core curriculum* della

formazione medica e del *core curriculum* del contenuto d'insegnamento della Pediatria?

Non c'è dubbio che in Italia serve una rivalutazione dell'intero sistema educativo per ciò che riguarda la formazione del medico. Pertanto, non si può pensare di cambiare l'insegnamento della Pediatria nel modo che spero vorremmo che essa venisse cambiata, senza che questo cambiamento influisca sullo svolgimento degli altri corsi: sarebbe come curare un paziente neoplastico con metastasi cercando di curare solo una delle metastasi! Tuttavia, se prima cerchiamo di rispondere a questa domanda, facciamo esattamente lo stesso sbaglio che si è ripetutamente fatto in Italia nel cercare di cambiare gli ultimi tre (e fra poco quattro) ordinamenti didattici, cioè parlare prima del "contenitore" e poi del "contenuto". La logica (che purtroppo non è sempre il parametro di maggiore importanza nelle scelte "politiche") tenderebbe a valutare prima cosa vogliamo fare (il contenuto), cioè cosa vogliamo che i nostri studenti facciano, e poi come farlo (il contenitore). Pertanto dovremmo capovolgere quasi completamente tutte le sopra citate domande e porci i sottoelencati quesiti ai quali ho cercato di fornire una risposta.

1) *Quali dovrebbero essere gli essenziali apprendimenti in Pediatria per il laureato in Medicina e Chirurgia, come futuro Medico di Medicina Generale? Cioè quali sono gli elementi che dovrebbero guidarci a fare queste scelte di contenuto?*

Un *focus* pediatrico generale è l'addestramento più appropriato per uno Studente di medicina, qualunque possa essere la sua futura scelta di carriera. Solo una minoranza di studenti sceglierà di diventare pediatra (e forse nel futuro sempre meno?), mentre la maggior parte sceglierà la medicina "generale". Pertanto, lo sviluppo di un approccio generalistico nell'insegnamento della pediatria è essenziale nell'implementare un *curriculum* pediatrico per lo Studente di Medicina e Chirurgia.

In base a questa premessa, il *curriculum* pediatrico dovrebbe considerare (o prevedere) gli argomenti evidenziati nei seguenti punti, in base ad una scelta razionale dettata dalla prevalenza/incidenza dei vari problemi normalmente riscontrati in Pediatria:

- a) Acquisizione delle conoscenze di base della crescita e dello sviluppo (fisico, fisiologico e psico-sociale) e loro applicazione clinica dalla nascita all'adolescenza;
- b) Sviluppo di capacità comunicative che faciliteranno l'interazione clinica con bambini, adolescenti e loro famiglie, così da assicurare la raccolta accurata e completa dei dati;
- c) Sviluppo di competenze nell'esaminare neonati, bambi-



Fig. 3 - A sinistra, l'immagine di uno dei dieci bambini di Andrea Della Robbia che orna la Loggia degli Innocenti di Firenze. A destra il simbolo ufficiale dell'American Academy of Pediatrics.

ni e adolescenti;

d) Acquisizione delle conoscenze necessarie per la diagnosi (ed il trattamento iniziale) delle comuni malattie acute e croniche;

e) Sviluppo delle capacità di risolvere problemi clinici

f) Acquisizione delle conoscenze relative all'influenza di famiglia, comunità e società sul bambino, sia per quanto concerne la salute sia la malattia;

g) Considerando la prevalenza dei problemi più visti in ambulatorio (Tab. 1), impartire informazioni su come lo studente dovrebbe affrontarli dal punto di vista della diagnosi differenziale;

h) Considerando le principali cause di morte nei bambini e adolescenti tra 0 e 18 anni (Tab. 2), impartire le relative conoscenze dei problemi principali.

Sembra abbastanza chiaro che la maggior parte di questi 8 punti (da "a" a "h") tende a riferirsi ad una attività che non si acquisisce solo con lezioni frontali, ma principalmente con esperienze sul campo, cioè con l'attività "pratica". Riprenderemo questo punto più avanti quando si farà riferimento alle altre domande alle quali si dovranno dare delle risposte.

In base a quanto detto precedentemente, il corso di pediatria (parte teorica e pratica) dovrebbe coprire i fondamentali obiettivi di apprendimento elencati nell'Allegato.

2) Quali dovrebbero essere i contenuti del tirocinio pratico?

L'uso del termine "tirocinio pratico" è un *non-sense* perché il tirocinio è attività pratica per definizione. Cioè quali esperienze cliniche (di abilità) dovremmo impartire ai nostri studenti per essere sicuri che, quando vedono un bambino come medici generalisti, non sia per loro la prima "esercitazione" su un bambino?

Come appena detto, l'uso del termine "tirocinio pratico" è un *non-sense* perché il tirocinio è attività pratica per definizione. Allora, poiché sembra che ci sia un po' di incertezza sul significato delle parole che andremmo ad usare cerchiamo, prima di tutto, di defi-

Visite di controllo	25.0%	
Otite media		9.0%
Tosse		8.0%
Febbre		7.0%
Problemi cutanei	6.0%	
Reazioni allergiche cutanee	4.0%	
Faringite		5.0%
Incidenti ed avvelenamenti	5.0%	
Infezione delle vie aeree sup	4,0 %	
• Rinite allergica		2.0 %
Vomito e diarrea		4.0 %
Dolore addominale		2.0 %
Problemi del Sistema nervoso centrale	2.0 %	
Ferite cutanee		2.0 %
Problemi delle estremità inferiori		1.0 %
TOTALE		80,0 %

Tab. 1 - I più frequenti problemi riscontrati nella pratica pediatrica.

nire queste parole/concetti. Cosa si vuole intendere per attività pratica? La parola "pratica" implica due diversi significati: (1) l'acquisizione "gestuale" di una conoscenza (cioè le vecchie "esercitazioni" o come vengono chiamate nei paesi anglo-sassoni, *clinical skills*), e (2) l'utilizzo delle conoscenze in un contesto olistico del paziente e della sua malattia ("tirocinio", "Attività Formativa Professionalizzante" o come viene chiamata nei paesi anglo-sassoni, *clerkship*). È importante capire che il "tirocinio" è molto diverso dal concetto di "esercitazione". Per "esercitazione" si intendono le singole abilità che rappresentano le "componenti" della pratica teorica/clinica, mentre l'utilizzo delle "componenti" della pratica teorica/clinica in un contesto olistico del paziente e della sua malattia è il vero significato del tirocinio!

Pertanto, il tirocinio consente allo studente di imparare l'utilizzo clinico delle metodiche professionali insegnate attraverso la didattica teorico-pratica dei corsi integrati, mediante il contatto continuo con il paziente, e consente di compiere in prima persona, mediante una progressiva acquisizione di responsabilità, gli atti professionali e le attività previste nel tirocinio e necessarie al conseguimento della laurea abilitante alla professione. Il tirocinio non deve essere finalizzato al solo apprendimento di metodiche o atti particolari che fanno invece parte della didattica teorica/pratica dei corsi integrati. Quindi, non ha senso un tirocinio basato su attività di gruppi che vanno in "visita" in reparti, ambulatori, ecc., ... magari durante i buchi liberi dalle lezioni! Il tirocinio, invece, deve essere caratterizzato da: (1) attività sul campo in un contesto reale (esperienza diretta così come avviene nell'attività medica quotidiana); (2) presentazione, studio e discussione di casi clinici; (3) *problem solving* e *decision making* sollecitati da situazioni reali, osservate

	tra 0 e 1 anno	tra 1 e 4 anni	tra 5 e 9 anni	tra 10 e 14 anni	tra 15 e 18 anni
1	Anomalie congenite	Incidenti non intenzionali	Incidenti non intenzionali	Incidenti non intenzionali	Incidenti non intenzionali
2	Prematurità e IUGR	Anomalie congenite	Neoplasie maligne	Neoplasie maligne	Omicidi
3	SIDS	Neoplasie maligne	Anomalie congenite	Suicidi	Suicidi
4	RDS	Malattie cardiache	Omicidi	Omicidi	Neoplasie maligne
5	Neonato affetto da complicanze materne		Malattie cardiache	Anomalie congenite	Malattie cardiache

Tab. 2 - Le principali cause di morte nei bambini e negli adolescenti tra 0 e 18 anni.

direttamente sul campo.

Infatti, le direttive della nuova riforma della Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia prevedono che il medico laureato debba aver raggiunto un livello di autonomia nelle seguenti tre aree: (1) professionali (saper essere); (2) decisionali (sapere) e (3) operative (saper fare). Queste capacità/abilità si possono acquisire solo sul campo, svolgendo quelle attività che nel loro insieme simulano quella che sarà l'attività del medico: (1) le tecniche di colloquio con il paziente e i suoi genitori; (2) il ragionamento clinico; (3) il ragionamento critico nella valutazione degli esami di laboratorio; (4) le tecniche da adoperare al letto dell'ammalato, e (5) i processi clinici decisionali. Per arrivare ad impadronirsi di queste capacità/abilità lo studente deve essere messo in condizione di seguire i suoi pazienti dall'ingresso alla loro dimissione, sia che essi vengano ricoverati in reparto o visti in pronto soccorso o negli ambulatori.

Lo Studente dovrebbe trascorrere

- in reparto un periodo sufficientemente lungo per poter apprendere l'impostazione e la gestione di problematiche diagnostiche attraverso una corretta esecuzione dell'anamnesi e dell'esame obiettivo e attraverso l'utilizzo delle informazioni ricavate per disporre un iter diagnostico logico. Questo periodo dovrebbe essere almeno di due settimane;
- in pronto soccorso un periodo sufficientemente lungo per apprendere l'impostazione e la gestione di un problema urgente/acuto. Questo periodo dovrebbe essere almeno di due settimane;
- in ambulatorio di Pediatria generale un periodo sufficientemente lungo per apprendere l'impostazione ed il *follow-up* e/o gestione ambulatoriale di un problema non necessariamente acuto ("bilancio di salute" o problemi cronici). Questo periodo dovrebbe essere almeno di una settimana (preferibilmente due settimane delle quali almeno uno presso il Pediatra di Famiglia);
- in ambulatorio di neonatologia un periodo suffi-

cientemente lungo per apprendere i problemi del neonato prematuro e/o patologico e per vedere l'esito, in *follow-up*, delle problematiche più frequenti che caratterizzano questa fascia di età. Questo periodo dovrebbe essere almeno di una settimana (preferibilmente due settimane);

- al Nido un periodo sufficientemente lungo per apprendere le caratteristiche del neonato normale mediante l'attuazione dell'esame obiettivo. Questo periodo dovrebbe essere almeno di una settimana (preferibilmente di due settimane) che però può essere eseguita insieme alla rotazione nell'ambulatorio di neonatologia.

In tutto per il tirocinio, ogni studente dovrebbe disporre di un minimo di sei settimane (possibilmente otto) a tempo pieno, ben strutturate.

3) Occorrono più "crediti" (cioè tempo) per l'insegnamento/apprendimento delle materie pediatriche?

Cioè quanto tempo servirà per raggiungere il traguardo che ci siamo posti, ossia quello di preparare uno studente a capire come si deve comportare dal punto di vista professionale di fronte ad un bambino con un problema medico o non, e alla sua famiglia?

Qui si apre una piccola considerazione sull'insegnamento della Pediatria che vede una divergenza tra quello che avviene in Italia rispetto a quello che viene fatto in molti altri paesi europei (non necessariamente anglo-sassoni). Se si riflette su come è organizzato il nostro Corso di Laurea si vede che non c'è la congruenza che si ha in altri paesi. Non ci dovrebbe essere dubbio che le quattro discipline che vengono ritenute "importanti" ai fini della laurea e che hanno costituito e continuano a rappresentare la fetta più grande dell'esame di Stato (sia di quello vecchio che di quello nuovo) sono la Medicina Interna, la Chirurgia Generale, la Pediatria e l'Ostetricia e Ginecologia (si ricorda che queste quattro materie sono anche le materie a cui l'ordinamento didattico del 2000 faceva riferimento quando diceva che "60

crediti (o più) vengono assegnati al curriculum medico, nel quale deve essere garantito che lo studente dovrà aver acquisito specifiche professionalità nel campo della Medicina Interna, Chirurgia Generale, Pediatria, Ostetricia e Ginecologia nonché specialità medico-chirurgiche, svolgendo attività formative professionalizzanti". Inoltre, queste quattro materie rappresentano anche i corsi di maggiore importanza nei paesi anglo-sassoni.

Considerando questa premessa e ciò che è stato detto precedentemente, cioè che un tirocinio di Medicina Interna o di Chirurgia Generale dovrebbe utilizzare metodiche o atti particolari che fanno invece parte della didattica teorica/pratica (e che dovrebbero essere insegnate nei corsi integrati) i corsi integrati sono principalmente corsi di discipline specialistiche mediche e chirurgiche, che giustamente forniscono le basi per poter poi fare un tirocinio dove tutte le conoscenze vengono utilizzate in un contesto olistico sul paziente (tirocinio di Medicina Interna e di Chirurgia Generale). Nella Pediatria (o Ostetricia e Ginecologia) in Italia questo non avviene. Nella maggior parte degli altri paesi europei la pediatria è divisa in due corsi, uno propedeutico (Pediatria-1), dove vengono impartite le nozioni e metodiche tipiche della Pediatria (che non vengono insegnate in nessun altro corso di materie specialistiche mediche e chirurgiche, sia in Italia che altrove) e uno "pratico" (Pediatria-2), ossia un tirocinio pediatrico dove gli studenti mettono in atto, clinicamente, ciò che hanno appreso per completare la loro formazione in quella disciplina. In Italia, alla Pediatria (come all'Ostetricia) è stata delegata un'importanza insignificante nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (basta ricordare che nelle maggior parte delle facoltà italiane i CFU attribuiti a corsi come "informatica" oppure "lingua inglese" (materie che potrebbero essere insegnate in qualsiasi altro contesto, non necessariamente presso la Facoltà di Medicina) supera di 2 a 4 volte i CFU dati alla Pediatria. C'è qualche cosa che non va!

La risposta a questa terza domanda è che certamente servono più crediti per la Pediatria perché è una disciplina medica che riguarda circa il 20% della popolazione. Inoltre, se la situazione riportata all'inizio di questa nota dovesse realmente verificarsi nel prossimo futuro, e le possibilità sono molto alte, o anche se questo non dovesse avvenire, e le cose rimanesse come sono adesso, con una buona parte dei bambini seguiti regolarmente da medici di medicina generale, è importante che il corso di Pediatria venga cambiato per assicurare un'adeguata preparazione per coloro che seguiranno individui in età pediatrica. I

bambini hanno il diritto di essere seguiti da professionisti che possano assicurare al meglio il loro benessere sia in salute che in malattia! Ed è nostro dovere assicurare che questo avvenga.

4) *Serve fare una revisione della struttura del core curriculum della formazione medica e del core curriculum del contenuto d'insegnamento della Pediatria?*

Cioè come possiamo inserire l'insegnamento della Pediatria nella sua totalità (teoria e pratica) nel contesto del Corso di laurea?

Non si può ottimizzare l'insegnamento della pediatria "di per sé" senza modificare il corso di laurea stesso. I cambiamenti esaminati precedentemente, per forza necessitano di una ristrutturazione del Corso di Laurea, attraverso la revisione di alcuni atteggiamenti che si sono tramandati negli ultimi anni. Negli attuali Corsi di Laurea in Medicina sono obbligatori numerosi insegnamenti che non esistono in altri paesi per l'alta specificità delle discipline. Molti altri corsi potrebbero far parte di altri (in modo realmente integrato) oppure sono sovradimensionati dal punto di vista del carico di ore che sono state attribuite... specialmente rispetto alla Pediatria.

In passato, purtroppo, la distribuzione dei corsi, delle ore prima e dei CFU successivamente ha sofferto del contrasto tra quello che si sarebbe dovuto fare per l'interesse dello studente e quello che si è fatto per interesse del docente.

Allora la precedente domanda potrebbe essere riformulata nel modo seguente: "Quali cambiamenti dovrebbero essere attuati nel Corso di Laurea in Medicina per poter meglio definire quando insegnare la Pediatria?"

Potrebbero proporsi almeno due tipi di organizzazione:

1) prevedere un corso compatto di Pediatria, propedeutico alla rotazione clinica, che potrebbe essere svolto nell'anno o nel semestre precedente il tirocinio, in analogia a quello che esiste ora per i corsi di discipline specialistiche mediche e chirurgiche che sono propedeutici al tirocinio di Medicina Interna e Chirurgia Generale;

2) "spalmare" la Pediatria in buona parte dei corsi di base e delle "specialità" mediche e chirurgiche, quindi in un periodo di cinque anni. Si potrebbe pensare di sviluppare un programma di insegnamento che fosse capace di rimarcare le specificità della Pediatria, senza essere rigido e "teorico", ma adattabile facilmente al contenuto di altri corsi, trattando argomenti ampi, quali, per esempio:

a) La Pediatria come occasione di prevenzione (dagli

screening, alle vaccinazioni, etc.) nell'ambito del corso di Igiene;

b) La Pediatria come occasione di conoscere l'evento nascita, nell'ambito del corso di Ostetricia e Ginecologia;

c) La Pediatria come occasione di conoscere le malattie genetiche, nell'ambito del corso di Genetica;

d) La Pediatria come occasione di apprendere una parte specifica della patologia medica e chirurgica, nell'ambito dei vari corsi di discipline specialistiche (respiratorio; cardiovascolare; gastrointestinale; urinarie; reumatologiche; endocrino-metaboliche; infettive; ematologiche; ortopediche; ecc.);

f) La Pediatria come occasione di conoscere lo sviluppo degli apparati e delle patologie associate, nell'ambito del corso di Embriologia;

g) La Pediatria come occasione di conoscere lo "sviluppo", nell'ambito di corsi quali Fisiologia, Neurofisiologia e Neurologia;

h) La Pediatria come occasione di apprendere le problematiche delle cure primarie nel contesto della famiglia, ecc.

Conclusione

Attraverso tutta la storia dell'umanità, la Pediatria ha sempre suscitato interesse perché la salute ed il benessere dei bambini sono sempre stati alla base di un'ampia preoccupazione sociale. *Leaders* politici e medici, fin dai tempi antichi, hanno riconosciuto che i bambini sani sono "necessari" al benessere dello stato, nella consapevolezza che essi rappresentano il futuro della società, che ha pertanto l'obbligo di

assicurare loro il raggiungimento di un livello di autonomia, ottimale per contribuire al massimo benessere della stessa.

In Italia, si pensa che la Pediatria sia una "specialità"! È senz'altro vero, e concordo, che i bambini sono "speciali", ma dal punto di vista disciplinare, la Pediatria non è una "specialità" diversa da quella che potrebbe essere considerata la Medicina Interna. Entrambe le discipline fanno riferimento a problemi internistici di diversi componenti della popolazione dove l'età diventa il fattore discriminante. La Pediatria è una forma di Medicina Interna che comprende varie classi di una popolazione che è in continuo sviluppo per raggiungere quella fase della vita che viene riconosciuta come "età adulta" e della quale si occupa la Medicina Interna.

Chi determinerà il futuro cammino della nostra società, chiunque esso sia, deve tener presente la complessità e diversità della Pediatria, non solo in riferimento alle varie età del bambino, ma soprattutto in paragone alla medicina adulta: un prematuro non è lo stesso di un neonato a termine, un neonato non è lo stesso di un bambino, un bambino non è lo stesso di un adolescente ed un adolescente non è lo stesso di un adulto! Un internista non preparato in Pediatria non può, in modo ottimale, assicurare il benessere completo di quell'individuo che contribuirà a sviluppare la nostra società del futuro.

Cerchiamo di ridare alla Pediatria l'importanza che era stata a lei riconosciuta in Italia nei secoli passati e ricordiamoci che la Pediatria deve assicurare oggi quello che sarà il benessere della nostra futura società.

Allegato - Obiettivi di apprendimento per un nuovo curriculum in Pediatria.

Obiettivi di apprendimento

1. Il pediatra ed il bambino

1. Saper condurre un'intervista con i genitori e/o paziente
2. Saper espletare un esame obiettivo in rapporto all'età del paziente
3. Conoscere gli elementi per l'approccio e la comunicazione al bambino e ai suoi genitori
4. Conoscere i principi generali della Bioetica e saperli applicare all'assistenza pediatrica:
 - a. beneficenza
 - b. innocuità
 - c. autonomia
 - d. giustizia

2. Crescita

1. Spiegare l'uso delle curve di crescita nella valutazione longitudinale di altezza, peso e circonferenza cranica.
2. Riconoscere anomalie della crescita che richiedano ulteriore approfondimento come, per esempio incrociando i percentili; discrepanze tra altezza, peso e circonferenza cranica; bassa statura; deficit staturò-ponderale; obesità; microcefalia e macrocefalia
3. Identificare fattori intrauterini che possono influire sulla crescita del feto
4. Riconoscere normali varianti della crescita come bassa statura genetica e ritardo costituzionale di crescita

3. Sviluppo

1. Riconoscere come i seguenti aspetti dello sviluppo siano importanti nella prestazione clinica:
 - a) prima infanzia: cambiamenti nei riflessi, tono e postura; progressione cefalo-caudale delle pietre miliari dello sviluppo motorio durante il primo anno di vita; ansia dimostrata alla presenza di persone estranee.
 - b) infanzia: separazione ed autonomia all'età di 2-3 anni. Sviluppo emotivo per affrontare la vita scolastica.
 - c) Adolescenza: Sequenza della maturità fisica e sessuale (Tanner); stadi dello sviluppo emotivo
2. Identificare i segni precoci del ritardo mentale e della paralisi cerebrale
3. Riconoscere l'uso appropriato del test di Denver come test di screening per lo sviluppo psicomotorio.
4. Riconoscere le normali varianti dello sviluppo sessuale: pubertà precoce e pubertà ritardata

4. Comportamento

1. Identificare problemi di comportamento e psicosociali usando anamnesi ed esame obiettivo.
2. Discutere la presentazione tipica dei più frequenti problemi di comportamento a varie età e gradi di sviluppo:
 - a) infanzia: problemi di sonno.
 - b) età prescolare: educazione al vasino; accessi di collera; problemi alimentari
 - c) età scolare (elementare): enuresi, ADHD;
 - d) età scolare (scuola superiore): disturbi di condotta; disturbi alimentari; comportamenti a rischio
3. Riconoscere quali problemi somatici possono essere la manifestazione di problemi psicologici (per esempio: dolore addominale ricorrente, cefalea, astenia e disturbi neurologici)

4. Riconoscere le situazioni in cui una patologia nella famiglia contribuisce ai problemi comportamentali del bambino (per esempio: alcolismo, violenza domestica, depressione)

5. Nutrizione

1. Conoscere le calorie/kg/die necessarie per la normale crescita a tutte le età.
2. Identificare le differenze principali tra il latte materno e i lattici artificiali più usati
3. Descrivere i vantaggi dell'allattamento materno e riconoscere i problemi frequenti riscontrati dalle madri che allattano
4. Riconoscere i fattori che contribuiscono all'insorgenza di obesità o di deficit staturò-ponderale
5. Identificare i componenti routinari di un'anamnesi dietetica nell'infanzia
6. Indicare quali vitamine e minerali richiedono supplementazione dall'infanzia all'adolescenza
7. Riconoscere che bambini con malattie croniche potrebbero aver bisogno di requisiti nutrizionali specifici, supplementazioni, o metodi di alimentazione specifici. Identificare come una dieta può essere una parte essenziale del trattamento

6. Prevenzione di malattie e incidenti

1. Conoscere le immunizzazioni raccomandate dalla nascita all'adolescenza, nonché gli effetti collaterali e le controindicazioni di ciascuna di esse.
2. Conoscere i vari principi di base della prevenzione di malattie e incidenti alle varie età
3. Riconoscere come il rischio di malattie o incidenti cambia durante la crescita e lo sviluppo. Fare esempi dello spettro di malattie e incidenti correlati all'età e al grado di sviluppo
4. Conoscere quale è il ruolo del medico nella prevenzione di incidenti sportivi. Riconoscere come i rischi di incidenti variano con lo sviluppo puberale

7. Genetica medica e malformazioni congenite

1. Riconoscere i più frequenti reperti all'esame obiettivo (nonché le loro implicazioni associate con la diagnosi di:
 - a. anomalie cromosomiche (trisomia 21)
 - b. anomalie dei cromosomi sessuali (Sindrome di Turner, S. di Klinefelter, X.fragile)
 - c. Altri disturbi genetici (fibrosi cistica, talassemia,)
 - d. Malformazioni congenite (spina bifida)
2. Conoscere le tecniche diagnostiche prenatali più frequentemente usate e perché vengono usate (alfa fetoproteina, amniocentesi)
3. Conoscere gli effetti di agenti teratogeni come per esempio, alcool, idantoina, fumo, droghe
4. Saper raccogliere informazione pertinente dall'anamnesi ed esame obiettivo per valutare un disturbo genetico o difetto congenito
5. Imparare a costruire un albero genealogico

8. Avvelenamento: prevenzione e trattamento

1. Conoscere l'epidemiologia e la vulnerabilità per gli avvelenamenti ed ingestioni accidentali nell'infanzia e dopo:
2. Conoscere le ragioni per ingestioni intenzionali negli adolescenti (incluso abuso di droghe, sperimentazione e suicidio)
3. Conoscere le manifestazioni cliniche, tossicità e trattamento di base delle seguenti sostanze:

- a. ferro
 - b. aspirina
 - c. paracetamolo
 - d. triciclici
 - e. agenti caustici ed idrocarburi
 - f. monossido di carbonio
4. Conoscere gli aiuti di cui può disporre il medico per trattare avvelenamenti acuti (Centro anti-veleno, test ecc)
 5. Conoscere come e quando fermare l'assorbimento di una sostanza ingerita.
 6. Riconoscere e saper dimostrare sensibilità ai sensi di colpa e di ansia che possono essere manifestati dai genitori in occasioni di avvelenamenti.

9. Abuso fisico e/o sessuale

1. Riconoscere i segni fisici e comportamentali nelle seguenti condizioni:
 - a. abuso fisico
 - b. abuso sessuale
 - c. negligenza
2. Conoscere i fattori di rischio per violenza domestica e abuso fisico
3. Conoscere i tipi specifici o patterns di danni che suggeriscono abuso fisico
4. Conoscere quali elementi anamnestici della famiglia, sociali o ambientali sono importanti nel considerare un possibile abuso
5. Sapere quali reperti fisici ci si aspetta di trovare in un soggetto con la "shaken baby syndrome"

10. Malattie pediatriche frequenti

1. Descrivere le importanti informazioni anamnestiche, e reperti obiettivi e diagnosi differenziale per ciascuno dei seguenti problemi:
 - a. tosse (URI, polmonite; croup; bronchiolite; bronchite; asma; sinusite)
 - b. febbre (batteremia occulta; IVU-pielonefrite; malattia virale non specifica; esantemi virali quali, varicella, morbillo, 5° e 6° malattia, rosolia, scarlattina)
 - c. faringite (da streptococco, scarlattina, mononucleosi, virale)
 - d. Otite/dolore all'orecchio (otite media; otite media ricorrente; effusione dell'orecchio medio)
 - e. Infezione delle vie aeree superiori (congiuntivite; rinite allergica; sinusite; cellulite)
 - f. dolore addominale (appendicite; IVU/pielonefrite; gastroenterite; stipsi; malattia infiammatoria pelvica; colica)
 - g. vomito (reflusso gastroesofageo; stenosi del piloro; gastroenterite; secondario ad infezione come faringite da streptococco, otite)
 - h. diarrea con o senza vomito (gastroenterite virale, batterica, giardia)
 - i. dermatite/rash (orticaria acuta; dermatite atopica; dermatite da contatto; mobiliasi; scabbia; impetigo/cellulite; infezioni da tinea)
 - j. trauma (morsi di animali; ustioni; abuso/maltrattamento)
 - k. problemi delle articolazioni o estremità (tendinite; lussazione dell'anca; trauma; infezioni: tenosinovite tossica, osteomielite)
 - l. problemi a carico del SNC (cefalea: emicrania, da tensione;

- convulsioni: febbrili e non febbrili; trauma)
2. Conoscere per ciascuno dei problemi in parentesi della lista precedente, le seguenti informazioni:
 - a. eziologia e/o fisiopatologia
 - b. storia naturale della malattia
 - c. segni e sintomi di presentazione della malattia
 - d. esami iniziali di laboratorio e/o diagnostica per immagini che sono indicati per arrivare alla diagnosi
 - e. pianificazione del trattamento iniziale
 3. Conoscere per ciascuno dei seguenti problemi clinici riscontrati le condizioni che più frequentemente possono essere le cause:
 - a. soffio cardiaco (soffio innocente; difetti settali)
 - b. linfadenopatia (infezioni: mononucleosi, adenite batterica, infezione virale, malattia da graffio di gatto)
 - c. splenomegalia (malattie infettive sistemiche, mononucleosi)
 - d. epatomegalia (epatite)
 - e. massa addominale (stipsi, neuroblastoma, tumore dei Wilms, idronefrosi)
 - f. difficoltà a vedere (strabismo/ambliopia, miopia/ipermetropia)
 - g. riflesso pupillare bianco (cataratta, retinoblastoma)
 - h. difficoltà nell'udito (effusione nell'orecchio medio, ritardo dello sviluppo del linguaggio)
 - i. pallore/anemia (carezza di ferro, talassemia)
 - j. petecchie/lividi (trauma, vasculiti)
 - k. ematuria (trauma, IVU)
 - l. proteinuria (ortostatica, glomerulonefrite, sindrome nefrosica)

11. Problemi specifici del neonato

1. Descrivere le più importanti informazioni anamnestiche, reperti obiettivi e dati di laboratorio utili nella diagnosi differenziale di un neonato con i seguenti problemi:
 - a. tremori o convulsioni
 - b. ittero
 - c. letargia o scarsa alimentazione
 - d. distress respiratorio
 - e. cianosi
 - f. vomito biliare
 - g. vomito non-biliare
 - h. ipoglicemia
 - i. sepsi
2. Conoscere i rischi di trasmissione e prevenzione dell' HIV materno/fetale, così come le indicazioni per lo screening neonatale di HIV
3. Conoscere quali malattie possono essere scoperte mediante lo screening neonatale
4. Riconoscere i fattori nell'anamnesi materna e del neonato che potrebbero mettere il neonato a rischio per problemi medici;
5. Conoscere i metodi per eseguire un esame obiettivo su di un neonato (valutazione della displasia dell'anca, esame della vista)
6. Conoscere i concetti chiave usati per la valutazione clinica dell'età gestazionale (Dubowitz) e della stabilità del neonato

(APGAR) al momento della nascita;

7. Saper usare il peso e l'età gestazionale per riconoscere potenziali problemi clinici;
8. Conoscere quali sono le manovre/terapie fatte routinariamente a tutti i neonati (per esempio, vitamina K, profilassi oftalmologica)

12. Problemi specifici dell'adolescente

1. Riconoscere le caratteristiche particolari del rapporto medico-paziente durante l'adolescenza, incluso consenso e confidenzialità.
2. Sapere le strategie per intervistare e consigliare un adolescente
3. Conoscere le caratteristiche delle varie fasi dell'adolescenza (iniziale, intermedia e finale) in termini di crescita e sviluppo fisico, cognitivo e psicosociale
4. Conoscere le principali cause di mortalità e morbilità nell'adolescenza
5. Identificare difficoltà mediche e psicosociali che incontrano gli adolescenti con malattie croniche
6. Riconoscere le caratteristiche dei problemi di salute mentale e psicosociali che sono frequenti nell'adolescenza, incluso fallimento scolastico, problemi alimentari, depressione e suicidio.
7. Conoscere gli approcci per dare consigli di prevenzione e identificare comportamenti rischiosi nelle seguenti aree chiave: sessualità/attività sessuale (orientamento sessuale, contraccezione e malattie trasmesse sessualmente), abuso di droga, e sicurezza personale (violenza, veicoli motorizzati e arme da fuoco)

13. Terapia

1. Conoscere i modi in cui la crescita fisica e fisiologica cambiano la farmacocinetica dei farmaci più frequentemente usati in Pediatria, con particolare riferimento all'assorbimento, distribuzione, metabolismo ed eliminazione del farmaco.
2. Riconoscere i farmaci che sono controindicati o che devono essere usati con estrema cautela in alcune popolazioni pediatriche specifiche.
3. Conoscere i fattori che influiscono sulla secrezione/ escrezione di farmaci nel latte materno
4. Essere consapevole dell'importanza dell'educazione del paziente nell'assicurare la "compliance" con i trattamenti prescritti.
5. Conoscere l'uso appropriato dei seguenti farmaci nonché quando non è necessario usare un farmaco:
 - a. analgesici/antipiretici
 - b. antibiotici
 - c. broncodilatatori
 - d. corticosteroidi
 - e. antitussivi
 - f. anti-istaminici
 - g. preparazioni oftalmiche
 - h. preparazioni ottiche
 - i. supplementi di vitamine e minerali

14. Fluidi ed elettroliti

1. Riconoscere quando un paziente pediatrico richiede fluidi di mantenimento
2. Conoscere i seguenti punti:
 - a. fisiopatologia della disidratazione ipernatremica e iponatremica
 - b. requisiti giornalieri di acqua ed elettroliti
 - c. fattori che aumentano i requisiti giornalieri di liquidi
 - d. condizioni nelle quale una restrizione di liquidi potrebbe essere necessaria (sindrome da inappropriata secrezione di ADH; insufficienza cardiaca congestizia, insufficienza renale)
3. Riconoscere quando un paziente richiede terapia idrica
4. Conoscere i seguenti punti:
 - a. le cause di eccessiva perdita di liquidi che portano alla disidratazione
 - b. complicanze cliniche dei disturbi degli elettroliti (ipernatremia, iponatremia, iperkaliemia, acidosi)
 - c. gli effetti del ph su i livelli del potassio sierico
 - d. composizione elettrolitica delle soluzioni standard per via orale e e.v.
 - e. esami appropriati di laboratorio e loro interpretazioni

15. Emergenze pediatriche

1. Riconoscere il paziente che ha bisogno di attenzione ed intervento medico immediato
2. Conoscere il trattamento di emergenza immediata dello shock, convulsioni, distress respiratorio grave, trauma cranico, trauma della colonna cervicale
3. Saper conoscere reperti che suggeriscono un trauma non accidentale
4. Conoscere, per le seguenti presentazioni cliniche, i reperti clinici, le possibili diagnosi differenziali in base all'età del paziente
 - a. shock (sepsi, meningite, disidratazione, ketoacidosi diabetica, ustioni, anafilassi, insufficienza surrenalica, ingestione)
 - b. atassia (ingestione, infezione, tumore)
 - c. convulsioni (convulsioni febbrili, stato epilettico, epilessia, ingestioni, encefalopatia tossica, ipertensione endocranica, disturbi elettrolitici /metabolici: sodio, calcio, glucosio)
 - d. deliro/coma (trauma cranico, abuso di droghe, infezione: encefalite/meningite, insufficienza epatica, sindrome di Reye, ketoacidosi diabetica, ipoglicemia)
 - e. ostruzione delle vie aeree/distress respiratorio (aspirazione di corpo estraneo, anafilassi, epiglottite, croup, asma, bronchiolite, polmonite, ascesso peritonsillare o retrofaringeo)
 - f. apnea (SIDS, ALTE, convulsioni, aritmia cardiaca)

Profitto accademico nella Facoltà di Medicina e Chirurgia

Ricerca sperimentale sulle caratteristiche personali, socio-culturali e metodologiche in due sedi

Giuseppe Boncori, Paola Binetti, Mario Rende, Chiara Maddaloni (Roma Campus Biomedico - Università di Perugia, sede di Terni)

I. Introduzione

Questo studio riguarda una ricerca esplorativa sugli studenti universitari italiani e sui fattori che, negli ultimi 3 anni, sono stati associati con maggiore frequenza al profitto accademico, con particolare attenzione alle variabili psicologiche, socioculturali ed educative, secondo le acquisizioni nazionali e internazionali più condivise in ambito cognitivo e non cognitivo.

La metodologia è sperimentale e correlazionale, con analisi di valori medi.

Per analizzare le nuove tipologie universitarie attivate in Italia dal DM 509/99 («3+2»), il loro impatto sulla qualità della formazione e sul controllo della dispersione, la metodologia più idonea - alla luce di studi internazionali e italiani¹ - è sembrata quella esplorativa ed empirica, con descrizioni multifattoriali della mutata popolazione studentesca, la validazione sperimentale degli strumenti d'indagine, analisi correlazionali e ipotesi d'intervento educativo e di controllo della dispersione.

Il gruppo di studio complessivo² è formato da circa 800 soggetti, include strati nazionali (centro, nord e sud) e curricolari, di tipo umanistico, scientifico, motorio. I dati ricavati si riferiscono ai Corsi di Laurea in Scienze dell'Educazione e della Formazione, Scienze Motorie, Medicina e Chirurgia. Quest'ultimo subcampione, riguardante le sedi di Roma (Campus BioMedico³) e di Terni (Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Perugia⁴), comprende studenti iscritti al I e II anno ed è l'oggetto specifico del presente articolo.

I dati raccolti riguardano alcune variabili tra le più significative per il rendimento accademico⁵ e includono la carriera degli studenti nei primi due anni (voti e media nei primi esami⁶ caratteristiche del debito formativo), i punteggi nel Test di Accesso Nazionale alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, la valutazione nell'abilità mentale, nelle caratteristiche socio-culturali, familiari, motivazionali, personali (ansia, *problem solving*), metodologiche (abitudini di studio). Gli stru-

menti utilizzati sono questionari e *test* oggettivi già preliminarmente validati e generalmente strutturati a *risposta multipla*⁷. Obiettivi della ricerca sono

1. la descrizione analitica dei gruppi di studio e la correlazione tra profitto accademico e variabili personali e socio-culturali, per poter elaborare delle ipotesi conoscitive, metodologiche (abitudini di studio), per un miglior controllo del profitto e della dispersione

2. l'identificazione di fattori di tipo predittivo, che si accompagnano a determinati risultati accademici e risultano particolarmente significativi nell'esercizio della professione medica, come ad esempio la capacità di controllo dell'ansia, la gestione di eventi critici, la capacità di risolvere problemi e di prendere decisioni.

II. Descrizione del campione: variabili personali, socioculturali e metodologiche - valori medi

Hanno partecipato alla ricerca gli studenti (N=160) iscritti ai primi due anni accademici nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia, con sede a Terni e a Roma. Il campione, di tipo non probabilistico, è descritto secondo alcune aree riguardanti:

1) *Aspetti generali*: età, voto di "maturità" nell'esame finale di Stato della scuola superiore, punteggio al Test d'Ingresso Nazionale per la Facoltà di Medicina e Chirurgia, debito formativo; ma anche: abilità mentali, *capacità di problem solving*, capacità di gestione dell'ansia.

2) *Personalità e fattori correlati al rendimento*: attitudine al rapporto con i pari, tipologia di interessi; variabili socioculturali, economiche, familiari, ecc.

3) *Abitudini di studio*

Le caratteristiche comuni o diverse nei vari subcampioni in base all'analisi della varianza hanno una probabilità di errore pari o inferiore a $p < 0.01$.

1) ASPETTI GENERALI.

Gli aspetti che, negli anni accademici considerati,

	Test d'ingresso nazionale		Maturità		Abilità mentale		Ansia		Debito formativo	
	M.A.	D.S.	M.A.	D.S.	M.A.	D.S.	M.A.	D.S.	M.A.	D.S.
Terni-a	40,97	13,97	91,02	10,99	38,22	9,86	35,56	11,84	0,77	1,20
Roma	...	...	96,58	7,40	50,30	7,99	...	...	...	...
Terni-b	31,59	8,69	92,22	10,47	33,76	10,06	30,02	7,39	0,65	0,77
F	18,49		3,73		39,16		7,41		0,38	

Tab. 1 - Descrizione del campione Maturità, test d'ingresso nazionale, abilità mentale, ansia, debito.

	Stile approccio evitante		Controllo personale		Fiducia		Autoefficacia		Comprensione		Direzione		Invenzione		Valutazione	
	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS
Terni-a	53,91	4,86	14,89	1,98	39,87	5,53	25,57	5,18	15,61	2,01	13,96	2,34	15,02	2,14	38,52	3,32
Terni-b	51,53	7,06	14,55	2,16	39,07	6,06	25,22	4,90	16,96	2,60	13,69	2,36	14,58	2,37	36,69	5,20
F	3,76		0,69		0,47		0,12		1,89		0,32		0,94		4,25	
p≤	0,06		0,41		0,50		0,73		0,17		0,57		0,34		0,04	

Tab. 2 - Descrizione del campione: abilità nel *problem solving*.

caratterizzano gli studenti (età entro i 19 anni - mediana = 19.44) riguardano: il voto di Maturità, l'abilità mentale, il *test* d'ingresso nazionale, l'ansia. Variabili i cui punteggi sono significativamente e mediamente più alti a Roma, senza nessuna differenza significativa tra i due gruppi per quanto riguarda il debito formativo⁸.

L'analisi dell'abilità nel *problem solving*, segue modelli⁹ con dimensioni cognitive e non cognitive (per es. controllo sugli errori, rapidità mentale, persistenza) in funzione del profitto accademico e include 8 scale¹⁰: *approccio evitante, controllo personale, fiducia nella propria capacità di risolvere i problemi, autoefficacia, comprensione, direzione, invenzione*; cfr. tab. 2); la capacità di *valutazione* è significativamente maggiore in Terni-a.

In sintesi, il profilo medio¹¹ evidenzia aspetti comuni: età (mediana=19 anni), debito formativo (tab. 1), *problem solving* (tutte le variabili eccetto la *valutazione* - tab. 2). Altri aspetti sono invece significativamente diversi: punteggi nella Maturità e nell'abilità mentale, più alti a Roma (tab. 1); punteggi più alti a Terni-a che non a Terni-b nel Test d'Ingresso, nel livello di ansia, nel *problem solving* e nella *capacità di valutazione* (tab. 1).

2) PERSONALITÀ E FATTORI SOCIOCULTURALI

I gruppi di studio sono descritti secondo fattori validati da altri studi e correlati al profitto accademico¹²; l'analisi della varianza ha evidenziato, nelle aree considerate, sia gli aspetti comuni che quelli significativamente diversi. Sono da considerare *aspetti comuni* ai due gruppi:

a) nell'*Area dei Fattori socio-culturali facilitanti l'apprendimento*: la capacità di attivare risorse di apprendimento con l'uso di metodi e materiali idonei, incluse le diverse forme di apprendimento a distanza, internet, e-learning (Q2) e la capacità di organizzare il proprio studio e il tempo libero (Q1);

b) nell'*Area degli Interessi*, emergono quelli a carattere prosociale (Q6), la sensibilità per problemi di tipo economico o istituzionale (Q7) e per attività fisiche e sportive (Q8);

c) nell'*Area dei Problemi sociali e personali*: spiccano il bisogno di evasione dalla realtà quotidiana (Q14), disagio psichico (Q15), problemi familiari e di fre-

quenza scolastica (Q16), economici, (Q17) famiglia percepita distante (Q19), inserimento in gruppi di pari (Q25);

d) *maturazione alla scelta accademica e professionale*: interessi per attività impiegatizie (Q10), attribuzione alla famiglia di aspirazioni a status lavorativo dipendente (Q24) e, ai pari, di aspirazione a status lavorativo elevato (Q26).

Sono *aspetti significativamente diversi* tra i gruppi (tabb. 3-4):

a) *Area di Fattori Socio-Culturali facilitanti l'apprendimento*: la quantità d'informazione raccolta (Q28) è maggiore a Terni-b; l'influsso dei mezzi di comunicazione di massa (Q18) è maggiore a Roma e a Terni-b;

b) *Area di Interessi per discipline a forte contenuto scientifico e culturale* (Q3), sono più presenti a Roma e meno a Terni-a, con valore intermedio a Terni-b; interessi per aspetti economici delle carriere (Q4) sono più presenti a Terni-a rispetto a Roma, con valore intermedio a Terni-b; interessi artistici (Q5) e per attività tecniche (Q9) sono più presenti a Terni-a rispetto a Terni-b, con valore intermedio a Roma; interessi per attività imprenditoriali o per libera professione (Q13), sono maggiori a Terni-a rispetto a Roma, con valore intermedio a Terni-b l'attribuzione alla famiglia e ai genitori di aspirazioni a status lavorativo elevato (Q23), notoriamente correlati con il profitto accademico, è più presente a Terni-a rispetto a Roma, con valore intermedio a Terni-b; attribuzione di aspirazioni a status lavorativo dipendente riferito ai pari (Q27) è più presente a Terni-a rispetto a Roma, con valore intermedio a Terni-b.

c) *Area di Problemi economico-sociali e personali*: la percezione dei coetanei come distanti o ostili (Q20) è maggiore a Terni-a rispetto a Roma, con valore intermedio a Terni-b; conflitti con la scuola (Q29) sono più presenti a Roma rispetto a Terni-b, con valore intermedio a Terni-a; problemi riguardanti un controllo familiare¹³ percepito come oppressivo (Q30) sono maggiori a Terni-a rispetto a Terni-b con valore

	a-socioc Q18		a-socioc Q28		b-inter Q3		b-inter Q4		b-inter Q5		b-inter Q9		b-inter Q13		b-inter Q23		b-inter Q27	
	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS
Terni a	5,04	2,07	11,76	3,83	24,13	8,31	7,20	2,68	12,24	7,14	5,52	3,37	4,42	3,53	8,47	2,89	3,13	3,13
Roma	5,93	2,10	12,02	2,60	29,24	4,47	5,79	1,75	10,85	3,80	5,02	2,32	2,88	1,19	7,02	1,80	1,74	0,96
Terni b	4,40	1,79	13,52	3,25	26,82	4,55	6,05	2,09	8,98	3,55	3,93	2,28	2,92	1,17	7,23	1,58	1,95	1,06
F	7,46		4,48		8,05		5,29		5,60		4,69		7,43		6,17		4,58	

Tab. 3 - Fattori socio-culturali facilitanti l'apprendimento (a) e interessi (b) - diversità Roma e Terni ($p \leq 0.01$ - $p \leq 0.05$).

intermedio a Roma;

d) *Area di Maturazione alla scelta accademica e professionale*: interessi per lavoro dipendente (Q12) sono maggiori a Terni-a rispetto a Roma, con valore intermedio a Terni-b; interesse per attività imprenditoriali o per la libera professione (Q13) è più presente a Terni-a rispetto a Roma, con valore intermedio a Terni-b; l'influsso di adulti autorevoli (Q22) è più presente a Roma rispetto a Terni-a con valore intermedio a Terni-b; l'attribuzione alla famiglia di aspirazioni a *status* lavorativo elevato (Q23) è più presente a Terni-a rispetto a Roma, con valore intermedio a Terni-b; l'attribuzione ai pari di aspirazioni a *status* lavorativo dipendente (Q27) è più presente a Terni-a rispetto a Roma, con valore intermedio a Terni-b.

In sintesi, riguardo alle aree a, b (tab. 3), Roma è caratterizzata da maggiore influsso dei massmedia (Q18) e da maggiori interessi per discipline a forte contenuto scientifico e culturale (Q3), Terni-a da interessi per aspetti economici delle carriere (Q4), e per attività tecniche (Q9), imprenditoriali o libera professione (Q13), artistici (Q5), attribuzione alla famiglia e ai genitori di aspirazioni a *status* lavorativo elevato (Q23), attribuzione ai pari di aspirazioni a *status* lavorativo dipendente (Q27); Terni-b è caratterizzata da maggiore informazione raccolta (Q28), con interessi generalmente su valori intermedi rispetto a Terni-a e a Roma. Riguardo all'area c, d (tab. 4), Terni-a è più caratterizzata da interessi per lavoro dipendente (Q12), attività imprenditoriali o libera professione (Q13), con attribuzione ai pari di aspirazioni a *status* lavorativo dipendente (Q27), con maggiori problemi riguardanti i coetanei percepiti come distanti o ostili (Q20) e un controllo familiare percepito come oppressivo (Q30). A Roma è più alto l'influsso di adulti autorevoli (Q22), con minor attribuzione alla famiglia di aspirazioni a *status* lavorativo elevato (Q23), con minor attribuzione ai pari di aspirazioni a *status* lavorativo dipendente (Q27), con problemi riguardanti conflitti scolastici (Q29). Terni-b assume posizioni generalmente intermedie negli interessi riguardanti la maturazione alla scelta accademica e professionale, con minori problemi riguardanti il con-

trollo familiare (Q30).

3) ABITUDINI PERSONALI DI STUDIO

Sono descritti i metodi e le condotte di studio degli studenti, distinguendo nei gruppi gli aspetti comuni o significativamente diversi e caratterizzanti (analisi della varianza). I dati sono stati rilevati con un questionario già preliminarmente validato in Italia¹⁴. Le abitudini comuni riguardano la maturazione della scelta accademica e professionale - volontà, perseveranza, rispetto dei programmi e orari di studio (ASU2), capacità di sintesi e di schematizzazione, capacità di prendere appunti, uso consapevole di strategie elaborative (ASU5), capacità di organizzare e programmare il lavoro (ASU6), spirito di iniziativa nell'usufruire di attività didattiche, seminari, laboratori, esercitazioni; (ASU7), senso di responsabilità in circostanze difficili come esami o scadenze (ASU8), motivazione intrinseca per lo studio (ASU9). Gli aspetti caratterizzanti (tab. 5), includono la comprensione, l'esposizione (ASU1) e l'ampliamento delle conoscenze (ASU3), significativamente diversi nei tre sub-campioni.

III. Analisi correlazionale: variabili personali, metodologiche, profitto scolastico e accademico

Lo strumento usato per la rilevazione delle abitudini di studio è il questionario già citato e da noi ulteriormente sottoposto ad analisi fattoriale (componenti principali, rotazione) sull'intero gruppo nazionale di studenti (N=800, nord, centro, sud). Con questa ulteriore elaborazione, lo strumento consta di 4 e più omogenei fattori:

- a) *F I* - organizzazione e pianificazione: gestione quantitativa-qualitativa dei tempi di studio, sistematicità dell'impegno, progettazione critica per obiettivi;
- b) *F II* - logico-critico: lettura e verifica critica, uso lessicale appropriato, organizzazione logica;
- c) *F III* - studio con esperto, insieme a professori, tutors, mentori, con lezioni, libri, periodici, conferenze, convegni, mass-media, audio-video, ecc.;
- d) *F IV*: sintesi e schematizzazione.

Con un secondo questionario è stata rilevata l'ansia:

	c-probl Q20		c-probl Q29		c-probl Q30		d-mat scelta Q12		d-mat scelta Q13		d-mat scelta Q22		d-mat scelta Q23		d-mat scelta Q27	
	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS
Terni-a	5,52	2,67	2,78	1,55	4,26	4,23	5,40	2,45	4,42	3,53	3,16	1,86	8,47	2,89	3,13	3,13
Roma	3,44	2,61	4,08	2,18	2,68	1,38	4,38	1,72	2,88	1,19	3,95	1,48	7,02	1,80	1,74	0,96
Terni-b	4,38	2,19	3,02	1,52	2,55	1,47	4,65	1,49	2,92	1,17	2,83	1,33	7,23	1,58	1,95	1,06
F	5,84		6,20		5,29		3,46		7,43		6,46		6,17		4,58	

Tab. 4 - Problemi personali, economico-sociali (c) Maturazione scelta accademica e professionale (d): diversità ($p \leq 0,01-0,05$).

la sua intensità e la sua tipologia, la capacità di gestirla e di rielaborarla¹⁵. L'analisi commenta i coefficienti di correlazione significativi ($p \leq 0,010-05$) tra profitto (numero degli esami sostenuti, debito, media voti degli esami sostenuti), maturità e caratteristiche personali (abitudini di studio, ansia). A livello generale, la media dei voti riportati agli esami dagli studenti è correlata positivamente con il voto di maturità ($r = .47$) e negativamente con l'ansia ($r = -.22$); il debito è correlato negativamente con l'ansia ($r = -.29$): correlazioni, non alte ma coerenti, che spiegano fino al 22% della varianza (maturità).

1) CORRELAZIONI TRA ABITUDINI DI STUDIO E NUMERO DI ESAMI SOSTENUTI.

I coefficienti (tab. 6) sono compresi fra $r = .19$ e $r = .28$ (mediana $r = .22$), con variabili incluse in tutti e 4 i fattori; i coefficienti più alti riguardano il fattore 1 e l'uso critico degli strumenti (item. 72, $r = .27$: «Trovo facilmente e con rapidità i termini che cerco nei dizionari e nelle fonti opportune», item 74, $r = .28$: «Quando ho bisogno di ampliare un tema ricorro alle opere di consultazione - manuali, enciclopedie, bibliografia consigliata»).

2) CORRELAZIONI TRA ABITUDINI DI STUDIO E DEBITO FORMATIVO.

I coefficienti (tab 7) sono tutti negativi, compresi tra $r = -.31$ e $r = -.48$, mediana $r = -.35$, con una varianza spiegata pari al 12% e con variabili incluse nel I, II e IV fattore; i coefficienti più alti riguardano gli *items* 11 («Esigo da me stesso ogni giorno ciò che corrisponde sia alla mia capacità di lavoro che al tempo disponibile»),

41 («So utilizzare il materiale necessario per lo studio») l'item 66 («Evito che tutto o la maggior parte dello studio da realizzare si accumuli»), 98 («Sono costante nella realizzazione di un progetto, senza abbandonarlo, quando si presentano difficoltà»).

3) CORRELAZIONI TRA ABITUDINI DI STUDIO E MEDIA NEI VOTI NEI PRIMI ESAMI. I coefficienti (tab. 6) sono tutti positivi, tra $r = .17$ e $r = .39$, mediana $r = 0,21$; il massimo della varianza spiegata è pari al 15%, con variabili nel I e II fattore. I coefficienti più correlati riguardano gli *items* 11 («Esigo da me stesso ogni giorno ciò che corrisponde sia alla mia capacità di lavoro che al tempo disponibile»), 19 («Uso uno specifico linguaggio negli esami orali o scritti»), 25 («Rispetto i tempi programmati nella realizzazione delle attività previste»), 41 («So utilizzare il materiale necessario per lo studio»), 46 («Le conclusioni delle mie esposizioni orali e scritte sono logicamente coerenti con le idee da me espresse preliminarmente»).

In sintesi, i fattori considerati riguardano: a) organizzazione e pianificazione, gestione dei tempi, sistematicità dell'impegno, progettazione critica per obiettivi; b) capacità logico-critica, riferito ad abitudini di studio riguardanti lettura e verifica critica, uso lessicale appropriato, organizzazione logica; c) studio con esperto, riferito ad attività di studio organizzate con supporto di professori, tutor, mentori, lezioni, conferenze e convegni, metodologie audiovisive per l'ampliamento di conoscenze, uso di libri, periodici, ecc. d) sintesi e schematizzazione. I fattori indicati, già in parte noti alla ricerca nazionale e internazionale,

	vol pers asu 2		sint sch asu 4		tec lav asu 5		did asu 6		resp asu 7		motiv asu 8		strat asu 9		compr esp asu1		conosc asu 3	
	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS	MA	DS
Terni a	42,08	9,75	21,14	6,12	31,31	6,23	20,31	4,32	15,25	3,32	19,92	3,97	24,92	5,53	95,14	19,29	41,08	10,40
Roma	43,34	7,44	21,09	5,43	32,30	4,49	20,55	2,55	16,41	2,31	20,80	2,86	26,52	3,48	103,93	10,94	43,91	7,90
Terni b	44,08	8,62	19,92	6,72	31,83	5,99	19,50	3,94	15,25	3,38	19,89	3,81	25,45	5,41	96,67	16,02	37,97	9,21
F	0,75		0,71		0,35		0,06		0,10		0,96		0,06		4,05		5,42	
p≤	0,47		0,49		0,70		0,30		0,11		0,38		0,29		0,02		0,01	

Tab. 5 - Abitudini di studio (ASU) aspetti comuni e significativamente diversi nei gruppi di studio. Per le abbreviazioni vedi testo alle pagg. 1369 e 1370.

	ASU 24 ⁶ Fatt.IV	ASU 29 Fatt.III	ASU 30 Fatt.IV	ASU 52 Fatt.III	ASU 72 Fatt.I	ASU 94 Fatt.I	ASU 98 Fatt.II		ASU 11 Fatt.II	ASU 19 Fatt.I	ASU 41 Fatt.II	ASU 46 Fatt.I	ASU 67 Fatt.I	ASU 80 Fatt.I	ASU 85 Fatt.II
n.esami sostenuti	0,24	0,28	0,26	0,23	0,27	0,21	0,2	media esami sostenuti	0,35	-0,32	0,21	0,39	0,19	0,18	0,18

Tab. 6 - 1) Correlazioni (r) tra abitudini di studio e numero di esami sostenuti. 3) Correlazioni (r) tra abitudini di studio e media dei voti negli esami sostenuti.

risultano i più correlati con il profitto del campione esaminato.

Conclusione

La presente ricerca, parte di un'indagine più ampia sulle abitudini di studio, ha finalità esplorative e applicative; descrive alcune caratteristiche degli studenti (personali, socioculturali, metodologiche) in vista di interventi efficaci e sperimentalmente fondati per un miglioramento qualitativo e quantitativo del profitto accademico e una riduzione della dispersione.

Ma nel caso specifico degli studenti di Medicina l'ipotesi di partenza tiene conto della necessità di individuare precocemente negli studenti alcune caratteristiche che possono interferire con i risultati accademici e che hanno una spiccata correlazione con il modo di affrontare la attività clinica successiva. Il ragionamento clinico, che costituisce in molti corsi di laurea il vero nucleo concettuale e comportamentale intorno al quale si vanno strutturando tutti gli interventi didattico-formativi negli anni successivi al biennio, richiede non solo un adeguato livello di conoscenze e una buona attitudine al *problem solving*, ma una concreta ed effettiva capacità di prendere delle decisioni. Decidere, significa assumere il rischio di un esercizio di associazione di idee e di deduzione, che sfrutta molteplici canali di natura logica ma anche intuitiva e pre-logica. La capacità di formulare delle ipotesi e di verificarle in un tempo ragionevolmente breve richiede un controllo dell'ansia, che consenta di operare anche in quelle condizioni in cui non si dispone di tutti i dati e occorre muoversi in un contesto di incertezza, accettando di essere "sufficientemente" sicuri, analogamente a quanto propone Winnicott nella relazione di accudimento.

Questa capacità di mantenere una visione d'insieme che tollera chiaro-scuro nella propria competenza, ma che perde di vista il risultato complessivo a cui vuole giungere e sa quindi gerarchizzare adeguatamente limiti e risorse disponibili diventa essenziale nel momento in cui lo studente deve gestire contemporaneamente esami molto complessi, come accade al termine del secondo anno con materie come anatomia, fisiologia e biochimica. Non si tratta solo di conosce-

re questa o quella materia, dal momento che è abbastanza improbabile che uno studente possa affrontare anche uno solo di questi esami con la presunzione di sapere tutto quello che c'è da sapere. Diventa essenziale il metodo, la capacità di identificare le coordinate essenziali entro cui muoversi, sapendo ri-orientarsi di volta in volta. Uno studente con approccio evitante ai problemi non riuscirà a gestire questa complessità fisiologica del suo piano di studi e se non afferra la natura del problema in cui si imbatte, non capirà neppure la complessità del paziente, che reclama un approccio integrato ed integrante.

L'analisi delle convinzioni tipiche con cui uno studente descrive se stesso: "Esigo da me stesso ogni giorno ciò che corrisponde sia alla mia capacità di lavoro che al tempo disponibile"; "Uso uno specifico linguaggio negli esami orali o scritti"; "Rispetto i tempi programmati nella realizzazione delle attività previste"; "So utilizzare il materiale necessario per lo studio"; "Le conclusioni delle mie esposizioni orali e scritte sono logicamente coerenti con le idee da me espresse preliminarmente", sono tessere di un mosaico in cui l'approccio dello studente anticipa quello del professionista e in cui le ansie dell'uno anticipano le ansie dell'altro, le fragilità dell'uno permettono di intuire le difficoltà dell'altro. In questa prospettiva uno studio come quello descritto permette di comprendere meglio come la formazione dei professionisti, prevalentemente impegnati in una relazione di aiuto che richiede un esercizio costante di logica, richieda negli anni della formazione di base una forte attenzione anche a parametri non meramente cognitivi. Lo stesso *problem solving* diventa una abilità intellettuale, uno stile mentale, necessario ed insufficiente se non sbocca naturalmente nella maturazione dei processi decisionali.

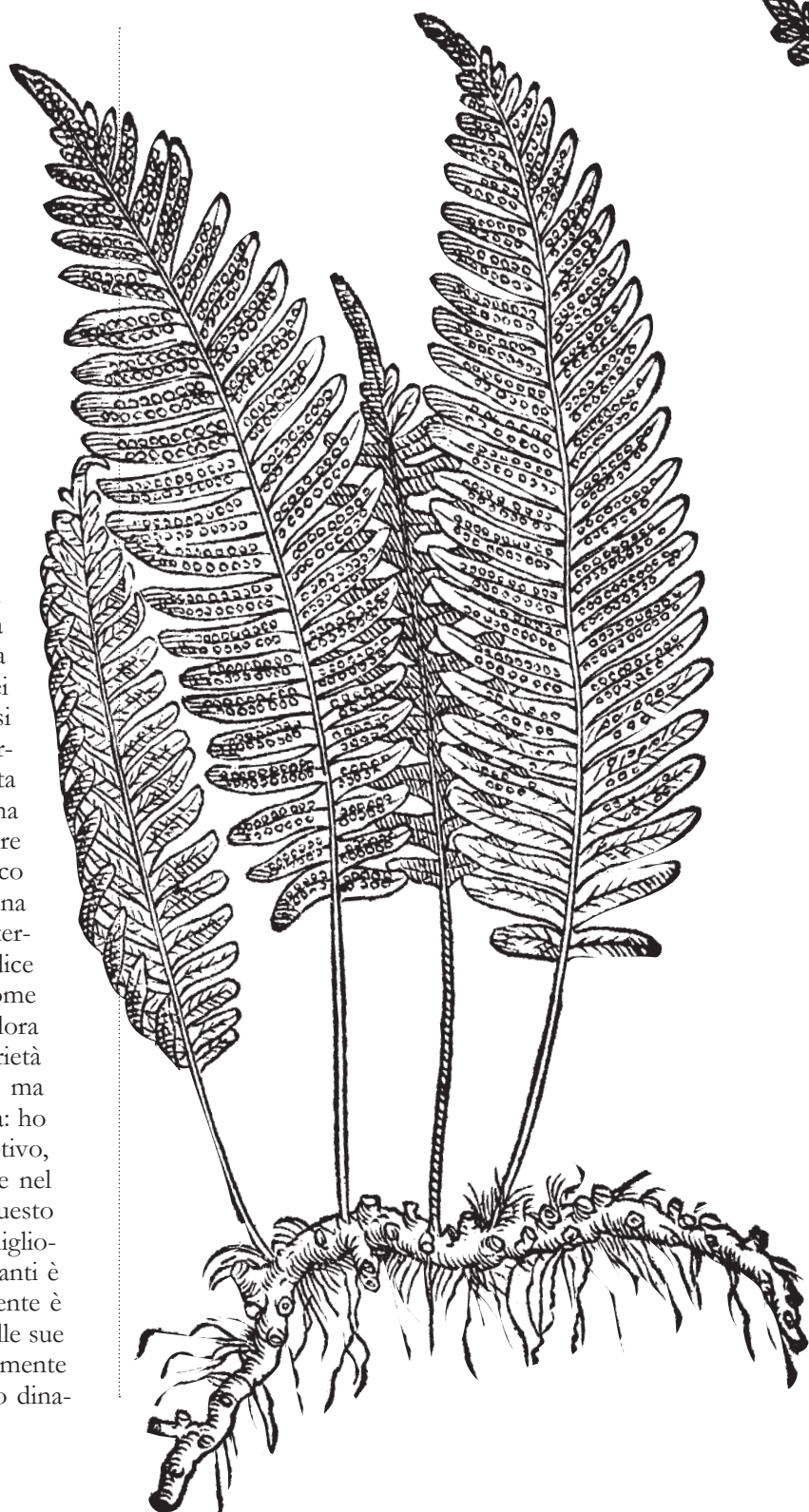
Il presunto, o l'apparente fallimento dello studente di medicina ha le sue radici non nella scarsità delle sue motivazioni, o nella mancata attitudine allo studio, ma in una gestione dell'ansia ancora insufficiente davanti a problemi che ritiene di non sapere o di non potere gestire. La dimensione tutoriale della sua preparazione didattico-professionale è spesso sufficiente a superare situazioni di blocco transitorie oppure a modificare meccanismi di difesa che si rivelano inad-

	ASU 11 Fatt.II	ASU 19 Fatt.I	ASU 28 Fatt.IV	ASU 41 Fatt.I	ASU 42 Fatt.IV	ASU 46 Fatt.I	ASU 59 Fatt.II	ASU 66 Fatt.II	ASU 67 Fatt.I	ASU 70 Fatt.II	ASU 80 Fatt.I	ASU 85 Fatt.II	ASU 93 Fatt.IV	ASU 98 Fatt.II
debito form.	-0,90	-0,35	-0,31	-0,42	-0,36	-0,35	-0,32	-0,47	-0,34	-0,30	-0,35	-0,30	-0,41	-0,48

Tab. 7 - 2) Correlazioni (r) tra abitudini di studio e debito formativo.

guati, soprattutto quando assumono le caratteristiche di un perfezionismo che vorrebbe esaurire tutte le richieste possibili prima di cimentarsi con la prova reale. La sindrome di arresto nel proprio percorso di studi davanti ad un insuccesso e spesso davanti ad un insuccesso ripetuto nella stessa area definisce un profilo di ragazzi intelligenti e motivati, ma alla ricerca di indicatori di sicurezza che non è possibile trovare, senza una adeguata capacità di rischio e di fiducia in se stessi e nella qualità relazionale con il docente.

Lo studente, che pure si sente abbastanza sicuro della propria capacità di gestione del tempo, e della propria capacità di accedere alla ricerca di fonti alternative per la preparazione dei suoi esami, esprime un concreto bisogno di confrontare la propria capacità di valutazione prima con quella dei pari e poi con quella del docente e dei docenti. Ma in un caso e nell'altro non si accontenta dell'indicatore quantitativo, ricerca uno spettro qualitativo che gli permetta di comprendere prima, più e meglio dove ha sbagliato e comunque come può migliorare la propria *performance*. L'indicatore numerico gli dà la misura del dove si colloca lungo una scala e con chi si trova inserito in una determinata classe di valutazione, ma non gli dice come può uscirne per migliorarla. Se come dicono i classici: *assessment drives learning*, allora la valutazione non si sostanzia solo nella varietà delle prove a cui lo studente è sottoposto, ma nel ragionamento che le precede nella scelta: ho scelto questo tipo di prova per questo motivo, perché reputo importanti questi elementi, e nel ragionamento che conclude la prova: ti do questo voto per questo motivo. Tra i fattori che migliorano gli abiti di studio uno dei più importanti è il grado di consapevolezza con cui lo studente è posto davanti ad una sorta di radiografia delle sue abilità, non come se fosse un quadro rigidamente strutturato, ma piuttosto come un processo dina-



mico in cui può intervenire proprio grazie alle sue motivazioni, alla sua determinazione e allo sforzo con cui riduce l'ansia davanti all'ignoto, riorientandola nell'alveo di un processo riconoscibile e gestibile. E tutto ciò costituisce una metafora, o comunque rivela molte analogie, con quanto

dovrà fare negli anni successivi con i suoi pazienti.

Il profitto accademico non può essere disgiunto dal processo di maturazione personale complessivo: gli abiti di studio si collocano in quella zona di frontiera in cui i processi decisionali rivelano contestualmente le loro radici di natura cognitiva e le loro implicazioni di natura emotiva, le une e le altre riflettono però la necessità di accettare il senso del limite e il rischio, senza pretendere di poter controllare tutto e tutto contemporaneamente. In ogni esame bisogna investire molto... ma mai troppo!

Note

1) Cft. BOEKAERTS, M., PRNTRICH P.R., et al., (2000). Handbook of self-regulation. San Diego, CA, Academic Press; PURDIE, N., HATTIE J., (1999). The relationship between study skill/s and learning outcomes: a meta analysis. In «Educational and Psychological Measurement», 59(4): 615-630. AMORETTI, G., BALDI, P.L., PiAZZINI, A., SCHENKEL, M., SPAIRANI, M., (1993). Valorizzare i talenti - Test attitudinali, orientamento ed efficienza del sistema universitario (a cura di P. A. Mori), Milano, Franco Angeli. GIOSSI, L., BERTANI, B. (Eds.), (1997). Nuove frontiere per l'accesso all'università. Il numero programmato a psicologia: dalla selezione all'orientamento. Milano, I.S.U., Università Cattolica; FAMILIARI, G., AZZERA G.B., et al., (2005). Indagine nazionale su Ingresso a Medicina e risultati I e II anno. Correlazione tra maturità, test d'ingresso ministeriale, media degli esami I e II anno ed esami di fisica, chimica e biologia. in «Medicina e Chirurgia», 28: 10681073. BONCORI, G., MADDALONI C., (2003). Apprendimento autoregolato e successo accademico, in «Pedagogia e Vita», 3, 110-121. BONCORI, G., (2002). Orientamento e scuola: uno studio longitudinale, in «Pedagogia e Vita», 4, 82-106; COGGI, C., (2002). Successi e abbandoni. in GRIMALDI R. (ed). Valutare l'università. Torino, UTET. VEGA SCALERA, (1992). 1 rapporto sul progetto OCSE1PISA/CCC Competenze cross-curricolari, Roma, CEDE; ZANNIELLO, G., MARINO E. (1998). Le abitudini di studio degli iscritti alle università siciliane. Palermo, Università degli studi di Palermo. BONCORI L., BONCORI G., (2002). Orientamento: metodo, tecniche, test. Roma, Carocci, cap. 5-7.

2) Questo studio è parte di una più ampia ricerca sperimentale per il conseguimento del titolo di "Dottorato di ricerca in pedagogia sperimentale" - Università "La Sapienza" di Roma e Università di Bologna (consortile), da parte della Dr.ssa Chiara Maddaloni, con la collaborazione tutoriale dei chiar.mi proff. Giuseppe Boncori e M. Serena Veggetti.

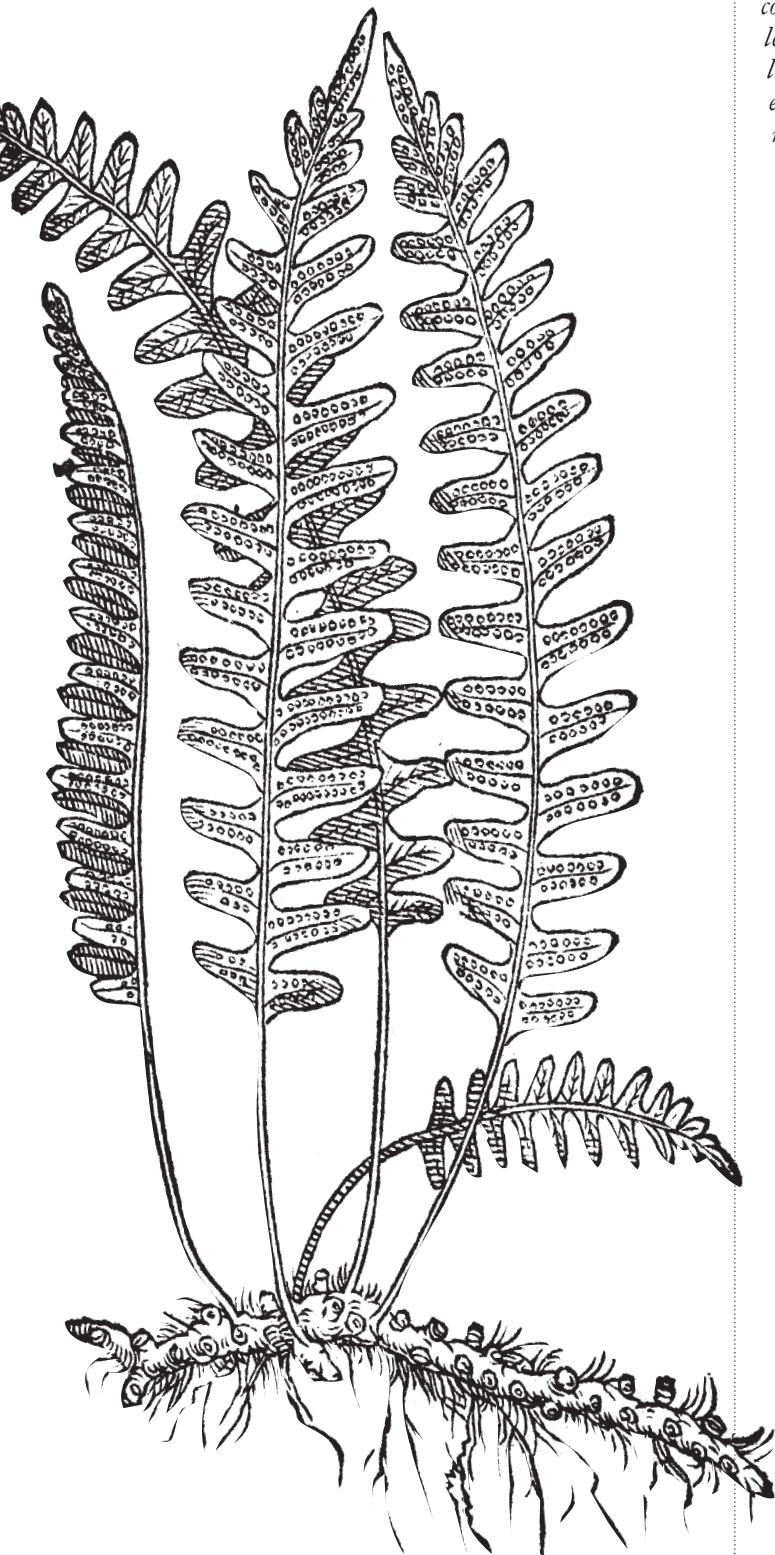
3) Chiameremo questo gruppo di studio "Roma".

4) Chiameremo questi gruppi di studio "Terni-a" (1 anno) e "Terni-b" (11 anno). I dati sul profitto accademico riguardano la media dei voti acquisiti negli esami di Chimica, Fisica e Istologia, per un totale di 22 CFU previsti per la sessione invernale del 1 anno e, nel II anno, negli esami di Biologia, Anatomia, Biochimica, Informatica. Il "debito d'esame" è 0, nel caso in cui tutti gli esami previsti siano stati sostenuti, 1 con 1 esame non superato, ecc.

5) Cfr. nota 4 e bibliografia ivi citata.

6) Cfr. nota 3.

7) Cfr. OTIs A.S., (1936-39). Otis Quick-Scoring Mental Ability Tests, Harcourt, Brace & World,



New York (ad. it. a cura di L. Calonghi e G. Baronchelli); BONCORI L., (2003) Questionario scala d'ansia - TA.MM711, Roma, CRISP; BONCORI L., (2003). Problem Solving - PPSI, CRISP, Roma, ID., (2002) Questionario di orientamento - QUOP, in BONCORI L. BONCORI G., (2002). Orientamento: metodo, tecniche, test. Roma, Carocci; Test di accesso Nazionale per la Facoltà di Medicina e Chirurgia ed. (2002-03), in <http://www.miur.it>; ZANNIELLO, G., MARINO E., (1998). Le abitudini di studio degli iscritti alle università siciliane. Palermo, Università degli studi di Palermo.

8) Nel gruppo di Roma risultano mancanti i dati del Test d'Ingresso Nazionale, dell'ansia e del debito.

9) Cfr. EYSENCK, HJ., (1973) Development and constancy of the IQ, in EYSENCK, H1.(ed.), (1973). The measurement of intelligence, «Medical and Technical Publ.Co», Lancaster: 79-82; FURNEAUX, W.D., Intellectual abilities and problem-solving behaviour, *ivi*, pp. 212-237. WHITE, P.O., Individual differences in speed accuracy and persistence: a mathematical model for problem solving, *ivi*, pp. 246-260.

10) Cfr. Boncori, L., Problem solving - PPSI, *cit.*; per una descrizione dei costrutti, *cfr.*: ID., Teorie e tecniche dei test, *cit.*; BANDURA, A., (1996) Il senso di autoefficacia, Trento, Erickson; BINET A., (1909). Les idées modernes sur les enfants, Paris, Flammarion.

11) Nonostante alcuni dati mancanti riguardanti il sub-campione di Roma.

12) Cfr. BONCORI L., (2002) Questionario di orientamento - QUOP, in BONCORI L., BONCORI G. (2002), *cit. cfr. nota*

13) In questo caso gli studenti dichiarano di percepire i rapporti con i genitori e la propria famiglia come lesivi della propria libertà e indirizzati a scelte non sufficientemente e individualmente maturate (Q30).

14) Il questionario ASU ("Abitudini di Studio Universitario" costituito da 100 item (quesiti), è stato già preliminarmente validato in Italia (*cfr.* ZANNIELLO, G., MARINO E. (1998). Le abitudini di studio, *cit ...*) e da noi ulteriormente validato (validazione di costruito), con analisi fattoriale sull'intero campione della ricerca (*cfr.* introduzione): rileva le abitudini di studio in base alle dichiarazioni degli studenti.

15) Cfr. BONCORI L., (2003) Questionario scala d'ansia - TAMMIII, Roma, CRISP

16) Questa colonna si legge nel modo seguente: «L'item (quesito) n. 24 del Questionario ASU (Abitudini di Studio Universitario) è correlato positivamente (coefficiente $r=0.24$) con il numero di esami sostenuti; in seguito all'analisi fattoriale sull'intero campione della ricerca (N=800 ca) l'item 24 è stato incluso nel fattore IV (sintesi e schematizzazione). La lettura segue criteri analoghi per le altre colonne.

L'ammissione 2006 a Medicina Alcune riflessioni per un diario di bordo

Giuseppe Familiari (Roma "La Sapienza") e Amos Casti (Parma)

I dati riassuntivi riportati nella tabella 1, e riferiti ai risultati del test ministeriale di ammissione a Medicina e Chirurgia per gli anni accademici 2005-2006 e 2006-2007, offrono uno spunto interessante di riflessione sulla reale validità del test come strumento di selezione degli studenti di medicina del nostro futuro.

Dall'analisi dei dati non emergono differenze sostanziali tra i due anni accademici, si osserva solo un aumento del numero dei candidati pari a circa il 10% e una lieve flessione del punteggio soglia nel 2006 rispetto al 2005, probabilmente in relazione alla modifica della quota percentuale delle diverse componenti del test attuata dal MUR nel 2006. Sono comunque sempre notevoli le differenze nei punteggi più alti e nei punteggi soglia tra i diversi Atenei, e questo dato potrebbe rappresentare una seria criticità in caso il MUR decidesse di applicare, anche per il concorso a Medicina e Chirurgia, la graduatoria su scala nazionale.

In assonanza a quanto già accaduto negli anni precedenti, i *mass media* hanno sottolineato la stravaganza di alcuni quesiti, come le domande sulla maggiore distanza, in linea d'aria, tra alcune coppie di città del mondo o il quesito su quale personaggio storico scampò al massacro della notte di San Bartolomeo, così come sembrerebbero esservi alcune imprecisioni nelle domande della sezione di biologia e di fisica. Dalle pagine della stampa (L'Espresso, 28/09/06), si apprende inoltre che "dal Ministero dell'Università si difendono e assicurano che non c'è niente di nuovo" e che "il Ministro non è intenzionato a mettere mano ai criteri".

Criticare un test di ingresso su qualche domanda un po' curiosa è tuttavia troppo semplicistico, in quanto non è sicuramente la presenza di qualche domanda più o meno bizzarra che può modificare la qualità di un test poco consona in sé come "unico" strumento di selezione.

Proprio in quest'ottica, le Conferenze Permanenti dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia hanno più volte ribadito che l'attuale test, sebbene abbastanza valido nella sua strutturazione generale, andrebbe integrato (in pieno accordo con

la legge 264/99) con la considerazione della carriera scolastica (voto di maturità e andamento degli ultimi tre anni della scuola media superiore), e con altri metodi di selezione (intervista strutturata, test psicometrici specifici, saggio breve scritto) ampiamente utilizzati in Europa e nel mondo, per i quali le Conferenze stesse hanno chiesto un periodo di sperimentazione allo scopo di convalidarne l'effettiva utilità prima di un eventuale utilizzo.

Se l'unico motivo della selezione fosse quello della riduzione del numero, potrebbe essere sufficiente un procedimento simile ad una lotteria o ad un sorteggio. Se invece si vuole dare il giusto significato a tale processo, come più volte evidenziato dal Gruppo di Studio *Accesso e Orientamento* della nostra Conferenza Permanente si deve entrare nell'ottica di un vero Progetto di selezione basato sull'evidenza, non facile da costruire, sicuramente non economico, tutto da sperimentare. Sull'importanza del processo di selezione è utile citare Downie e Charlton (Oxford University Press, 1992): *Selection is of key importance to medical education. What sort of students are recruited at the beginning is a major determination of what kind of doctor come out at the end.* L'attivazione di un reale Progetto di selezione basato sull'evidenza, secondo i principi della *best evidence medical education*, rappresenta pertanto una sfida di non facile realizzazione, tuttavia la posta in gioco è troppo importante per rinunciarvi: il corretto governo della salute del nostro futuro.

Bibliografia

MEDIC, 10: 182-185, 2002; Medicina e Chirurgia 17: 600-609, 2002; 19: 695-703, 2002; 22: 840-845, 2003; 25: 943-947, 2004; 28: 1068-1073, 2005; 29: 1099-1102, 2005; 33: 1325-1327, 2006.

Si ringrazia la Dott.ssa Michela Relucenti per la sua collaborazione nella raccolta e nell'analisi dei dati MUR.

UNIVERSITÀ	POSTI		PARTECIPANTI		PUNTEGGIO		PUNTEGGIO	
	2005	2006	2005	2006	PIÙ ALTO 2005	PIÙ ALTO 2006	SOGLIA 2005	SOGLIA 2006
Bari	324	324	1423	1707	65,75	68,75	42,25	42,75
Bologna	300	300	1345	1402	68,25	68,50	45,00	44,00
Brescia	180	180	716	850	64,75	63,00	42,75	42,50
Cagliari	170	170	984	1101	65,25	62,50	35,75	37,50
Catania	270	270	1611	1791	62,00	64,00	39,25	39,50
Catanzaro	80	80	785	883	59,50	66,00	38,75	41,25
Chieti	160	144	949	1090	71,50	62,25	38,75	39,50
Ferrara	145	145	580	620	70,00	61,75	42,50	40,50
Firenze	220	220	970	1143	63,75	69,00	40,75	42,75
Foggia	71	71	524	461	60,75	59,50	41,25	37,50
Genova	230	200	829	944	64,25	64,50	40,00	43,00
L'Aquila	115	111	639	741	68,75	63,25	37,50	38,50
Messina	200	200	1018	1172	58,25	63,00	36,75	40,75
Milano	300	300	1490	1520	72,50	69,25	45,75	44,50
Milano "Bicocca"	100	100	470	489	67,75	71,00	47,00	45,00
Modena e R. Emilia	144	136	475	607	70,00	68,75	42,25	44,00
Molise		50		345		53,00		34,75
Napoli "Federico II"	293	263	2515	2216	67,75	64,75	40,75	40,75
Napoli Seconda								
Università	300	280	1804	1902	70,00	66,25	39,00	40,25
Padova	239	239	1272	1307	71,25	72,50	47,75	46,75
Palermo	250	250	1577	1539	66,25	66,00	43,00	42,75
Parma	200	200	775	777	66,00	65,00	40,50	40,50
Pavia	200	200	805	942	68,00	68,75	43,75	43,00
Perugia	200	200	846	1020	66,25	60,50	37,75	39,75
Pisa	251	251	1065	1234	71,50	67,00	42,50	41,50
Politecnica delle Marche	130	130	576	606	66,50	62,25	41,75	39,75
Roma La Sapienza I e II Facoltà	640	632	3171	3728	70,00	65,00	40,25	41,50
Roma Tor Vergata	165	165	881	942	66,50	58,25	41,25	40,50
Salerno		65		573		58,75		37,25
Sassari	100	100	653	583	62,50	63,50	39,00	40,75
Siena	144	144	680	625	65,25	59,75	41,00	38,25
Torino	375	365	1509	1705	72,00	65,75	41,25	41,75
Trieste	110	110	395	530	60,00	61,50	38,00	41,25
Udine	80	80	340	361	71,75	70,25	47,00	46,75
Varese Insubria	130	130	436	535	62,75	62,75	39,50	39,75
Vercelli Avogadro	75	75	313	331	62,50	59,50	41,00	41,25
Verona	145	145	628	713	69,75	68,25	44,50	44,50
Totali	7036	7025	35049	39035				
Media+SD					66,56±3,90	64,43±4,14	41,31±2,92	41,26±2,61
Minimo	71	50	313	331	58,25	53,00	35,75	34,75
Massimo	640	632	3171	3728	72,50	72,50	47,75	46,75
Correlazione					r=0,4733 P=0,0041		r=0,8069 P<0,0001	
t-test					t=-2,492 P=0,0177		t=0,880 P=0,3849	

Tab. 1 - Ammissione 2006 a Medicina, dati per ordine alfabetico di Facoltà. I valori sono ricavati dai dati pubblicati dal MUR.

Introduzione del Progress Test nelle Facoltà di Medicina italiane

Alfred Tenore (Udine) e Paola Binetti (Roma Campus Biomedico)

Il 15 Novembre nelle Facoltà di Medicina Italiane si eseguirà un *Progress Test*, il primo di una serie di test che saranno eseguiti ogni anno per tutti gli studenti delle Facoltà di Medicina Italiane.

Il concetto di una valutazione progressiva (*Progress test*) è stato sviluppato negli anni '70 principalmente dalla Università di McMaster (Canada) e dell'Università di Limburg a Maastricht (Olanda). Le caratteristiche particolari di questo tipo di esame possono essere riassunte in tre punti: (1) il contenuto del test non è legato ad alcun corso specifico (2) il test riflette in modo completo, gli obiettivi finali del *curriculum* (3) studenti di tutti gli anni di corso sono sottoposti allo stesso esame. L'esame è composto di domande che provengono sia dalle scienze di base, sia da discipline cliniche. I risultati di tutti gli anni permettono di seguire l'aumento delle conoscenze di ciascun studente nel corso di tutti gli anni della sua educazione e di trarre delle conclusioni che riguardano il *curriculum* o parti del *curriculum* formativo.

Perché il *Progress Test*?

Al laureato in medicina di oggi si richiede di possedere, almeno nel momento in cui conclude la sua preparazione di base, una formazione generale sufficientemente solida e completa, da non smarrire negli anni successivi, neppure quando entrerà in una Scuola di Specializzazione. Uno degli aspetti più importanti della competenza medica e del ragionamento clinico è la necessità che il medico acquisisca una grande capacità di accumulare informazioni in modo organizzato. Questa abilità deve essere insegnata dall'inizio della frequenza alla facoltà di medicina. Se tanta informazione è necessaria per far sì che uno studente diventi un buon professionista, le facoltà di medicina dovrebbero creare degli strumenti specifici per valutare l'acquisizione delle conoscenze durante gli anni di formazione. Anche se l'applicazione di uno strumento longitudinale della valutazione progressiva (*Progress test*) è risultato la più appropriata per valutare programmi curriculari che adoperano l'apprendimento basato su problemi, dati recenti indicano che l'uso del (*Progress Test*) può essere adeguatamente adoperato anche in Facoltà dove non è in uso un *curriculum* basato sull'apprendimento per problemi. Inoltre, dati

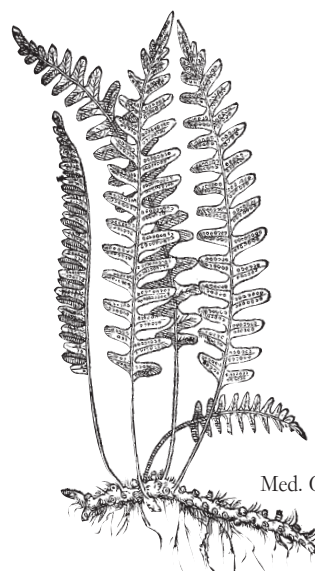
in letteratura relativi a Facoltà che usano il *Progress Test* da più di 25 anni attestano l'utilità di questa forma di valutazione per seguire lo sviluppo cognitivo dello studente.

Obiettivi

1. Implementare il *Progress Test* come possibile forma di valutazione routinaria (semestrale/ annuale) nel corso di laurea:
 - a) aggiornare i modelli di valutazione con cui vengono pensati e proposti i diversi tipi di esame:
 - b) sperimentare quei modelli di valutazione che consentano una visione integrata della formazione raggiunta dallo studente in alcuni momenti essenziali del suo percorso formativo.
2. Verificare se l'acquisizione cognitiva è una variabile continua oppure no.
3. Verificare la curva di apprendimento degli studenti mettendola in rapporto a modelli didattici e alla struttura del piano di studi adottato dalle diverse facoltà.
4. Valutare se vi è una perdita di conoscenze correlate alle scienze di base nel corso degli ultimi anni del *curriculum* medico.
5. Valutare se vi è necessità di correggere il *curriculum* formativo della facoltà.
6. Innestare un processo che vada dall'autopercezione della propria preparazione alla auto-valutazione oggettiva, per attivare strategie di autoregolazione del proprio studio.

Modalità di somministrazione

Nelle Facoltà dove questo esame è routinario, il



Progress Test normalmente viene eseguito 4 volte l'anno (settembre, dicembre, marzo e maggio). In alcune facoltà viene eseguito due volte l'anno. La frequenza relativamente alta di somministrazione degli esami (da 2 a 4) premia la memoria a lungo termine rispetto a quella a breve termine e identifica il "vero" livello di conoscenze dell'esaminante. Il primo esame al 1° anno è da considerarsi come esame "prova". L'esame dovrebbe essere somministrato appena possibile all'inizio dell'anno accademico (Settembre - Ottobre) ed è inteso ad introdurre lo studente al fenomeno del *progress test* (nessuna decisione è legata a questo esame).

Ogni singolo esame è diverso anche se nel momento in cui viene somministrato è uguale per tutti gli studenti di tutti gli anni.

Conclusione

La Conferenza dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea difende quei modelli di valutazione che negli anni della formazione di base vincolano docenti e studenti a rimanere il più possibile ancorati ad una visione integrata delle conoscenze e del paziente. La Conferenza ritiene che la progettazione del *Progress Test* contribuirà a definire meglio aspetti concreti della teoria e tecnica della valutazione a breve, medio e lungo termine, intendendo per "lungo termine" l'arco dei sei anni lungo cui si snoda il *curriculum* dello studente in medicina.



Informazioni riguardanti l'esame del 15 Novembre 2006

- 1) Giorno di svolgimento: 15 Novembre 2006
- 2) Numero di domande: 300 (150 di base e 150 cliniche) a risposta multipla, con 5 possibilità
- 3) Orario: 1° parte dalle 9:00 alle 12:00 (150 domande di base); 2° parte dalle 14:00 alle 17:00 (150 domande cliniche)
- 4) Anno di corso: obbligatorio per tutti gli studenti del 4° anno tuttavia ogni facoltà ha l'opzione di scegliere, oltre al 4° anno, gli anni di corso a cui somministrare l'esame.

Preparare l'esame studiando da un libro di testo è inutile poiché questo sistema preparerà gli studenti solo ad una piccola parte dell'esame. Il modo più efficace per prepararsi a sostenere un *progress test* è di studiare la medicina indagando costantemente e continuamente sulle conoscenze acquisite.

L'offerta formativa dei Master in Funzioni di coordinamento per le professioni sanitarie

Paolo Pillastrini, Paolo Chiari, Angelo Mastrillo, Francesca Pasqui (Bologna)

RIASSUNTO

Background

Legge 1 febbraio 2006, N. 43 – “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristica, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l’istituzione dei relativi ordini professionali” (Gazzetta Ufficiale N. 40 Venerdì, 17 febbraio 2006).

Materiali e Metodi

Ricerca nei principali motori di ricerca nazionali dei termini: Master, Coordinamento, Professioni Sanitarie. Elaborazione statistica con calcolo di media e deviazione standard. Rappresentazioni grafiche tramite istogrammi e cartine.

Risultati

Dati complessivi e specifici, medie e deviazioni standard sui principali Master attivati nell’Anno Accademico 2005/2006 su: partecipanti, distribuzione territoriale e di crediti, costi. Il numero di studenti coinvolti nei Master di Coordinamento sono rispettivamente 1268 per la Classe degli infermieri ed ostetriche, 158 per le professioni della riabilitazione, 166 per le professioni tecnico sanitarie e 140 per le professioni della prevenzione.

Discussione

Considerazioni comparative tra i dati relativi all’attivazione di Master e dei Corsi di Laurea Specialistica delle Professioni sanitarie. Rimane aperto il quesito di come costruire una corretta sinergia tra la componente dirigenziale dei professionisti sanitari (Laurea Specialistica) con 1.658 partecipanti e quella di coordinamento (Master) con 1.742 partecipanti.

Conclusioni

S.W.O.T. Analysis finale, in cui si evidenzia: come punto di forza, la grande innovazione per lo sviluppo di una cultura organizzativa nei servizi sanitari; di debolezza, l’eccessiva eterogeneità nella distribuzione delle sedi dei Master sul territorio nazionale; come opportunità, realizzare modelli organizzativi razionali in cui coniugare i principi di efficacia ed efficienza; come minacce, il disorientamento nei professionisti e nei manager aziendali nel futuro affidamento di incarichi organizzativi.

Background

L’evoluzione del contesto organizzativo, che negli ultimi anni ha rappresentato lo scenario di riferimento del Servizio Sanitario Nazionale italiano, si

è recentemente arricchito di un ulteriore elemento legislativo, che apre nuovi orizzonti alla creazione di una reale cultura organizzativa nelle professioni sanitarie, anche grazie a nuovi e idonei percorsi formativi in grado di garantire un nucleo di dirigenti e coordinatori che possano qualificare e realizzare l’intervento sanitario a questa specifica componente. Pertanto, abbiamo pensato di realizzare una ricerca sul territorio nazionale italiano finalizzata a raccogliere i dati relativi all’attivazione dei Master di 1° livello in Coordinamento o Management delle professioni sanitarie nell’anno accademico 2005/2006 ed approfondirne alcuni aspetti rilevanti, soprattutto nella prospettiva di aiutare a costruire una efficace e razionale programmazione del fabbisogno di coordinatori e dirigenti che le aziende sanitarie dovranno prevedere nel prossimo futuro, in stretto collegamento con i Corsi di Laurea specialistica e i Master in Coordinamento aperti dalle Università.

Materiali e metodi

Il gruppo di lavoro è costituito da quattro professionisti, di diversi gruppi professionali, che si sono posti l’obiettivo di esplorare lo stato dell’arte dei Master in Management delle Professioni Sanitarie, di cui alla Legge 1 febbraio 2006, N. 43, “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristica, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l’istituzione dei relativi ordini professionali” (Gazzetta Ufficiale N. 40 Venerdì, 17 febbraio 2006).

La ricerca è stata condotta mediante Internet, attraverso i principali motori di ricerca nazionali e ricorrendo ai termini: “Master”, “Coordinamento” e “Professioni Sanitarie”. Ogni Master individuato è stato registrato e sono stati contattati i referenti locali che, telefonicamente, hanno fornito i dati utili alla compilazione delle schede predisposte. Al termine della raccolta si sono realizzate le elaborazioni statistiche basate principalmente sul calcolo della media e della deviazione standard degli *outcomes* comuni a tutte le sedi formative dei Master. Per alcuni altri valori si è ritenuto più conveniente utilizzare rappresentazioni grafiche tramite istogrammi e cartine.

Gli *outcomes* analizzati sono stati i seguenti:

- distribuzione delle sedi dei Master complessive per Regione;
- distribuzione dei partecipanti complessivi per

- Regione;
- distribuzione dei partecipanti per Classe e per Regione;
 - numero dei crediti dedicati a "Evidenza Scientifica e Ricerca";
 - numero dei crediti dedicati alle "Scienze Organizzative e Gestionali";
 - numero dei crediti dedicati alle "Scienze Economico Statistiche";
 - numero dei crediti dedicati alle "Scienze Giuridiche e Medico Legali";
 - numero dei crediti dedicati alle "Scienze Umane";
 - numero dei crediti dedicati allo Specifico Professionale per ciascuna Classe (MED/45-MED/50);
 - numero crediti dedicati al tirocinio;
 - costi di iscrizione per gli studenti.

Il gruppo di ricerca si è riunito diverse volte per la pianificazione del lavoro, la programmazione delle attività di ciascun suo componente, la condivisione dei dati, la loro interpretazione e le conclusioni finali sulla base dell'elaborazione statistica dei risultati.

Lo strumento di rilevazione finale adottato è stata la S.W.O.T. Analysis (Strength, Weakness, Opportunities, Threats), che ha riassunto gli elementi fondamentali del lavoro, fornendo alcune importanti indicazioni per la programmazione dei ruoli dirigenziali e di coordinamento delle professioni sanitarie nel Servizio Sanitario Nazionale.

Risultati

Si sono raccolti i dati sui Master di 1° livello di Coordinamento o di Management delle professioni sanitarie di 13 Università italiane, con 32 sedi formative complessive. Infatti, talune Università realizzano Master in più sedi. Inoltre diversi Master sono realizzati per più Classi.

La Classe 1°, che corrisponde alle Lauree delle professioni di Infermiere e di Ostetrica, è presente in 32 sedi su 32; la Classe 2°, che corrisponde alle Lauree del professioni sanitarie della Riabilitazione, è presente il 13 sedi; la Classe 3°, che corrisponde alle Lauree delle professioni Tecnico sanitarie, è presente in 12 sedi; mentre la Classe 4°, che corrisponde alle Lauree delle professioni della Prevenzione, è presente in 9 sedi (Tab. 1).

Rispetto alla distribuzione sul territorio nazionale si è preferito fare riferimento ad una rappresentazione geografica mediante l'indicazione colorimetrica delle regioni italiane. Per ogni Classe di Laurea è riportata la cartina della distribuzione numerica regionale degli studenti dei Master. Se per la Classe 1° si rileva una certa uniformità sul territorio nazionale, per la distribuzione di un certo numero di studenti in quasi tutte le Regioni,

per le altre tre Classi di Laurea la distribuzione è particolarmente concentrata in due sole Regioni: la Lombardia e la Toscana con un numero di studenti che va da 28 a 50, mentre solo altre quattro Regioni dispongono di studenti: Lazio e Sardegna, con un numero di studenti compreso fra 20 e 30; Emilia-Romagna e Calabria, con un numero di studenti complessivo da 2 a 20.

L'analisi della distribuzione dei crediti per i maggiori macroraggruppamenti disciplinari (Tab. 2) vede al primo posto i crediti assegnati agli specifici S.S.D., dal MED/45 al MED/50 con una media di 11,03 crediti (D.S. 5,73). Tuttavia la deviazione standard molto ampia rivela una distribuzione molto difforme fra le diverse Università. Al secondo posto vengono i crediti delle "Scienze organizzative e gestionali" con una media di 9,67 crediti (D.S. 7,08), ma anche in questo caso la deviazione standard ci rivela una ampia difformità di comportamento fra le Università italiane. Al terzo posto troviamo i crediti assegnati alle "Scienze economiche e statistiche" con una media di 7,61 crediti (D.S. 2,41). Quasi allo stesso livello troviamo anche i crediti delle "Scienze umane" con una media di 7,05 crediti (D.S. 4,22) e in questo caso con un ampia deviazione standard.

Classi di Laurea	Numero sedi	Numero studenti
1° (Infermiere-Ostetrica)	32	1278
2° (Riabilitazione)	13	158
3° (Tecnico-sanitaria)	12	166
4° (Prevenzione)	9	140

Tab. 1 - Classi di Laurea con numero di sedi e di studenti nelle Università italiane.

Il sesto posto è occupato dai crediti assegnati alla "Evidenza scientifica e ricerca" con una media di 5,53 crediti (D.S.1,92) ed, infine, il settimo posto è raggiunto dai crediti assegnati alle "Scienze giuridiche e medico legali" con una media di 3,67 crediti (D.S. 3,06). deviazione standard rimane particolarmente ampia.

L'ultima considerazione riguarda il tirocinio che ha raggiunto un valore medio di crediti di 22,58 (D.S. 8,01).

L'analisi dei costi di iscrizione degli studenti rivela una ampia differenziazione (Tab. 3) fra le diverse sedi formative, con un minimo di 1.500 Euro per le Università di Foggia e Pisa ad un massimo di 3.175 Euro per le sedi dell'Università di Bologna. La media rimane a circa 2.270 Euro.



Cartine dall'1 al 4 – Distribuzione degli studenti dei Master per Regione in ciascuna delle quattro Classi di Laurea.

Numero Crediti							
	Evidenza scientifica	Sc. Organizzative e gestionali	Sc. Economiche e statistiche	Sc. Giuridiche e medico legali	Sc. Umane	Specifico profession. per ciascuna classe (Med45-MED 50)	Tirocinio
Bologna, Rimini (BO)	4	6	4	5	0	13	28
Catanzaro	5	6	5		10	7	12
Pescara (CH)	7	12	9	9	17	0	20
Empoli (FI)	2	12	9	2	3	18	12
Foggia	5	13	11	0	7	8	12
Modena	6	6	6	6	6	6	18
Pisa	0	4	4	4	0	4	30
Roma "Campus Biomedico" Roma "Tor Vergata": Policlinico, ASL RM/B/C/G/ Padre L. Monti, Taranto, Avellino, Castel Volturno,	0	1,5	4,5	14,5	3,5	18,5	7,5
Saronno	7,2	20	10	5	10	13,4	33
Siena	6	6	6	6	6	6	14
Castellanza (VA): 1, 2, Nuoro, Roma	6	5	9	0	11	3	16
Trento (VR), Vicenza (VR)	7	8	3	0	9	4	20
Roma "Cattolica del S. Cuore": Policlinico Gemelli, Ist. Figlie di S. Camillo, Tricase (LE), Torino, Brescia, Cotignola (RA), Potenza	5	3	7	3	3	17	20
MEDIA	5,53	9,67	7,61	3,67	7,05	11,03	22,58
DEV.STAND.	1,92	7,08	2,41	3,06	4,22	5,73	8,01

Tab. 2 - Numero di CFU assegnati per ogni macro raggruppamento disciplinare suddivisi per le singole Università e sedi.

Essendo disponibili, presso la Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle professioni sanitarie, i dati numerici degli studenti che partecipano alla formazione presso le Lauree specialistiche per le diverse Classi si è proceduto al confronto fra il numero di studenti che partecipano alla formazione nei Master di Coordinamento o Management delle professioni sanitarie ed il numero di studenti delle prime (Tab. 4).

Il confronto rileva una consistente differenza in tutte le

classi. Per la Classe 1° si passa da un 73% di partecipanti ai Master di Coordinamento ad un 53% di partecipanti alle Lauree specialistiche con una diminuzione di ben 20 punti percentuali. Per le Classi 2° e 3° si ha invece un aumento rispettivamente di 10 (da 9,1 a 19,4) e 5 (da 9,5 a 15,1) punti percentuali per chi partecipa alla Laurea specialistica. Per la 4° Classe si torna ad un andamento negativo, con la riduzione di 3 punti percentuali per la partecipazione alla Laurea specialistica.

Sedi formative universitarie	Euro
Bologna, Rimini (Bologna)	3.175
Siena	3.000
Castellanza (VA) 1 e 2, Nuoro e Roma (LIUC),	2.600
Roma Cattolica - Torino	2.550
Catanzaro e Vicenza (Verona)	2.500
Roma Cattolica - Cotignola	2.400
Roma Cattolica - Policlinico Gemelli - Tricase (LE) e Brescia	2.300
Empoli (Firenze)	2.250
Roma Cattolica - Ist. Figlie S. Camillo	2.200
Roma Tor Vergata	2.100
Modena, Roma Campus, Potenza (Roma Cattolica) e Trento (Verona)	2.000
Pescara (Chieti)	1.800
Foggia e Pisa	1.500
MEDIA	2.273,41

Tab. 3 - Costo di iscrizione per le diverse sedi formative di Master.

Classi di Laurea	Master di 1° livello di Coordinamento	%	Lauree specialistiche	%
1°	1.278	73,4	870	52,5
2°	158	9,1	322	19,4
3°	166	9,5	251	15,1
4°	140	8	75	4,5
Totale	1.742	100	1.658	100

Tab. 4 – Studenti che partecipano alla formazione in Master di 1° livello di Coordinamento e in Lauree specialistiche suddivisi per Classi di Laurea.

Discussione

La raccolta di questi dati si presta ad alcune considerazioni, sia quantitative che qualitative. Innanzitutto si osserva una distribuzione territoriale dei Master non omogenea sul territorio nazionale: alcune regioni (Liguria, Umbria, Molise e Sicilia) non ne hanno attivato nessuno, le Marche lo hanno attivato per la classe 1 solo nell'anno 2003-2004, mentre altre (Lazio, Lombardia ed Emilia-Romagna) ne hanno attivati molti. Emerge poi una naturale prevalenza dei partecipanti afferenti alla classe 1° (1.278 iscritti) rispetto alle altre tre (in totale 464 iscritti). Anche la distribuzione per regione degli iscritti alle quattro classi appare essere molto eterogenea con, ad esempio, la quasi totalità delle regioni del centro-sud in cui sono quasi assenti gli iscritti alle classi 2, 3 e 4. La distribuzione squilibrata fra Nord, Centro e Sud potrebbe essere dovuta ad uno scarso investimento nel Sud Italia sui professionisti di queste tre classi.

Molto interessante è anche l'analisi dei dati relativi all'assegnazione dei crediti formativi (CFU) che ciascuna sede ha inserito nel proprio Regolamento didattico. Nella nostra ricerca abbiamo analizzato alcuni raggruppamenti di crediti, calcolandone media e deviazione standard. I crediti riservati al tirocinio sono in media 22,58, cioè oltre un terzo del totale previsto; seguono i crediti riservati ai settori scientifico disciplinari professionalizzanti (MED/45-50) che sono 11,03; quelli per le scienze organizzative e gestionali (9,67) e quelli per le scienze economico statistiche (7,61). Alle scienze umane vengono assegnati in media 7,05 crediti, mentre allo studio delle evidenze scientifiche e alla ricerca ne sono assegnati 5,53 e alle Scienze giuridiche e medico legali 3,67. Se si comprende il forte investimento sul tirocinio, non si comprende l'altrettanto alto investimento sui crediti delle discipline professionalizzanti per un Master il cui obiettivo è più "generalista" che "specialistico". I crediti degli altri macroaggregati disciplinari sono ben distribuiti, assegnando il valore più alto alle "Scienze organizzative e gestionali", ma le ampie deviazioni standard rilevano un comportamento molto variabile fra i diversi Atenei nel riconoscere l'importanza del contributo dei diversi S.S.D. al Coordinamento o al Management delle professioni sanitarie. In parte

ciò potrebbe essere spiegato dalle diverse esperienze realizzate nelle varie Regioni italiane in fatto di gestione delle professioni sanitarie, ma una variabilità così ampia non è giustificata.

La variabilità delle quote di iscrizione, che vanno da un minimo di 1.500 Euro ad un massimo di 3.175 Euro è anch'essa un po' difficile da comprendere, ma rimanda ai diversi investimenti che ogni Università decide di porre sui percorsi formativi. Il valore medio sul territorio nazionale rimane di 2.273,41 Euro. Un costo che rimane molto alto rispetto al costo delle Lauree di 1° e 2° livello, ma potrebbe essere tuttavia spiegato dal fatto che i Master sono percorsi formativi rivolti soprattutto a professionisti già impiegati nell'attività produttiva e con un reddito, mentre i percorsi di Laurea, sia di 1° che di 2° livello, anche se con un'ampia eccezionalità, almeno per quanto riguarda il fenomeno delle Lauree di 2° livello per le professioni sanitarie, sono tradizionalmente rivolti a chi non svolge un'attività produttiva.

Tutti i Master attivati prevedono un esame finale, secondo una delle seguenti modalità: attraverso la discussione di un elaborato, con una tesi e una prova scritta, con una tesi e un colloquio o con una sola tesi. Un'ultima nota che merita una discussione a parte riguarda il confronto fra gli studenti immatricolati presso i Master in Funzioni di Coordinamento delle Professioni Sanitarie e quelli presso i Corsi di Laurea Specialistica in Scienze delle Professioni Sanitarie. A fronte di una programmazione che le singole Regioni stanno avviando per assegnare alle funzioni dirigenziali (Laurea Specialistica) e ai ruoli di Coordinamento (Master) le unità ritenute coerenti con i modelli organizzativi adottati, vedono una parità dei Laureati di 2° livello con i Masterizzati, i numeri degli iscritti nell'anno accademico 2005/2006 sono in effetti quasi sovrapponibili: 1.742 ai Master e 1.658 ai Corsi di Laurea Specialistica. Addirittura le classi 2° e 3° hanno più iscritti a questi ultimi rispetto agli iscritti ai Master.

Conclusioni

Attraverso lo strumento della S.W.O.T. Analysis è

S.W.O.T. Analysis	
Forza	Grande innovazione per lo sviluppo di una cultura organizzativa nei servizi sanitari
Debolezza	Eccessiva eterogeneità nella distribuzione delle sedi dei Master sul territorio nazionale
Opportunità	Realizzare modelli organizzativi razionali in cui coniugare i principi di efficacia ed efficienza
Minacce	Disorientamento nei professionisti e nei Manager aziendali nell'affidamento di incarichi organizzativi

Tab. 5 - S.W.O.T. Analysis.

possibile definire uno scenario da cui far emergere gli elementi più significativi, raggruppati nei quattro livelli previsti: forza (*strength*), debolezza (*weakness*), opportunità (*opportunities*) e minacce (*threats*).

A nostro avviso alcuni quesiti rimangono aperti: come sarà possibile costruire una equilibrata compresenza della componente dirigenziale dei professionisti sanitari (con Laurea Specialistica) e di quella di coordinamento (con Master) nell'attuale contesto organizzativo dei servizi sanitari regionali? Chi è in possesso della Laurea Specialistica, potrà accedere ai ruoli di coordinamento? E chi ha il Master potrà pretendere di essere l'unico titolato ad intraprendere percorsi professionali verso il coordinamento? Quando verrà recepita pienamente la normativa vigente, affidando la dirigenza ai professionisti in tutte le aziende sanitarie, in tutte le classi e in tutte le professioni?

L'ultima riflessione riguarda ancora uno scenario futuro e pone una domanda le cui implicazioni non siamo oggi in grado di comprendere fino in fondo. Se permane il forte squilibrio che viene rilevato nella distribuzione fra le quattro classi di laurea per Master e Laurea specialistica, rispetto ai rispettivi gruppi professionali, quali conseguenze

si potrebbero determinare, entro pochi anni, per le fortemente disomogenee percentuali di professionisti formati alla funzione di Coordinamento ed alle funzioni della Laurea specialistica nei diversi gruppi professionali?



Le autorità amministrative indipendenti (Authority) nell'Ordinamento giuridico italiano

Maria Paola Landini e Paolo De Angelis (*Bologna*)

La autorità amministrative indipendenti (da ora, Authority) sono enti o organi pubblici aventi funzione tutoria di interessi costituzionali in campi socialmente rilevanti. In considerazione della diversa natura delle stesse (come si vedrà) è difficile spiegare in modo univoco la loro ragione d'essere; si può, peraltro chiarire in via generale che ad esse sono attribuiti, scorporandoli dai ministeri di competenza, i compiti di regolazione dei rapporti tra le aziende che producono servizi di utilità generale tra loro e rispetto ai cittadini. A questo proposito, una recente teoria ritiene che in realtà tali istituzioni indipendenti, riguardate nel loro complesso, hanno rappresentato fattispecie emergenti di una ulteriore funzione dello Stato qualificata come funzione di garanzia che va ad aggiungersi alle tre funzioni originarie (legislativa, esecutiva e giurisdizionale) ed a quella politica (di recente individuazione). Cioè, lo Stato rinunciarebbe alla disciplina autoritativa del comportamento degli operatori, preferendo affidarla invece all'autoregolamentazione di soggetti collettivi privati (le categorie professionali, specialmente) sotto la vigilanza di un'autorità indipendente in materia di diritti e di libertà tutelati dalla Costituzione. Le ragioni che hanno indotto anche l'Italia (in coincidenza con le vicende giudiziarie dei primi anni 90 che fecero emergere lo stato di corruzione che si era cre-

ato tra mondo politico ed imprese) a seguire la strada anglosassone di attribuire la regolazione di importanti settori a questi organi sono essenzialmente riconducibili alle seguenti:

- la privatizzazione degli Enti Pubblici Economici tramite i quali sino ad allora lo Stato aveva regolamentato vasti settori ed il timore che senza la creazione di apposite Autorità garanti il mercato ne avrebbe potuto risentire in modo negativo;
- la *performance* davvero insoddisfacente delle burocrazie ministeriali o locali cui gli interessi attribuiti alle Authority erano originariamente attribuiti;
- la scarsa competenza tecnica delle burocrazie ministeriali e locali nonché la loro esposizione agli interessi della politica;
- la possibilità che una burocrazia scarsamente incentivata metta in atto comportamenti costosi per le imprese regolate;
- la maggiore credibilità di una politica definita di regolazione da parte di una autorità indipendente.

Premesso che recentemente anche lo stesso Parlamento ha istituito una commissione interna volta ad analizzare i casi esistenti per compiere una ricognizione delle Autorità, il seguente può essere uno schema quantomeno indicativo del fenomeno.

Denominazione	Sigla	Data	Funzioni
Commissione nazionale per le società e la Borsa	Consob	L216/74	Controllo e regolamentazione dei mercati finanziari
Istituti di vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo	Isvap	L576/82	Vigilanza sulle imprese assicurative, compresi agenti e mediatori
Autorità garante della concorrenza e del mercato	Antitrust	L287/90	Vigilanza sulle intese restrittive della concorrenza e sugli abusi di posizione dominante
Commissione di vigilanza sugli scioperi	Sciopero	L146/90	Controlla l'attuazione della legge sullo sciopero
Commissione di vigilanza sui fondi pensione	Covip	L124/93	Approva statuti e regolamenti dei fondi pensione e ne autorizza l'esercizio
Autorità per i lavori pubblici	Lavori pubblici	109/94 (ora D.Lgs. 163/06)	Vigila e garantisce il buon andamento della pubblica amministrazione nei lavori pubblici, detta regole che consentono di rendere omogenee le procedure di applicazione della normativa da parte di tutti i soggetti interessati
Autorità per l'energia elettrica ed il gas	Energia	L481/95	Controllo sulle modalità di accesso ai servizi, determinazione ed aggiornamento delle tariffe
Garante per la protezione dei dati personali archivi elettronici e cartacei	Privacy	L675/96 (ora D.Lgs. 196/03)	Vigilanza sulla gestione e custodia dei dati personali in
Autorità per la garanzia nelle comunicazioni	Comunicazioni	L239/97	Elaborazione ed approvazione frequenze, vigilanza sulla concentrazione delle reti

Si è già detto che le amministrazioni indipendenti non sono riconducibili ad un istituto unitario ma ad un fenomeno giuridico in quanto sono state create nel tempo in risposta ad una esigenza di autonomia ed imparzialità diversamente atteggiata a seconda del momento politico e delle caratteristiche operative necessarie.

Pertanto, ognuna di esse presenta elementi comuni e differenzianti.

Analizziamoli dapprima in via generale e poi specificandone gli elementi per ciascuna di esse.

ELEMENTI COMUNI

- La funzione tutoria costituisce l'elemento minimale di ciascuna Authority; indica la funzione di regolamentazione e tutela degli interessi collettivi, costituzionalmente garantiti, per il raggiungimento dei quali è stata creata.
- L'autonomia organizzativa e d'organico indica il potere concesso loro di darsi regole per il funzionamento e per la divisione del personale ad esse appartenente.
- La mancanza di controlli e di collegamenti identifica l'assenza di ingerenza da parte del Potere esecutivo.
- Poteri ispettivi e di indagine sono riconosciuti al fine di chiedere notizie ed informazioni.

ELEMENTI DIFFERENZIANTI

- L'autonomia finanziaria implica la possibilità concessa ad alcune Authority di disporre di entrate proprie.
 - L'autonomia contabile, invece, implica la possibilità di adottare regole proprie nella gestione del bilancio.
 - La modalità di nomina dei componenti, incompatibilità dei titolari e durata della carica, sono i requisiti che determinano l'effettiva autonomia delle autorità indipendenti (che è, ovviamente, direttamente proporzionale al grado di indipendenza dei suoi vertici).
 - La mancanza del potere di direttiva implica l'impossibilità che esse siano soggetto passivo di direttive di organi Legislativi o Esecutivi.
 - Gli obblighi di informazione sono quelli che impongono loro di resocontare sull'attività svolta.
 - Poteri sanzionatori e decisorii, infine, consentono di imporre sanzioni o decidere controversie.
- Precisato ciò, quello contenuto sotto è uno schema all'interno del quale sono indicate tutte le Authority ed i possibili elementi posseduti.

Oltre alle Authority sino ad ora individuate ve ne sono altre sulle quali permangono alcuni dubbi.

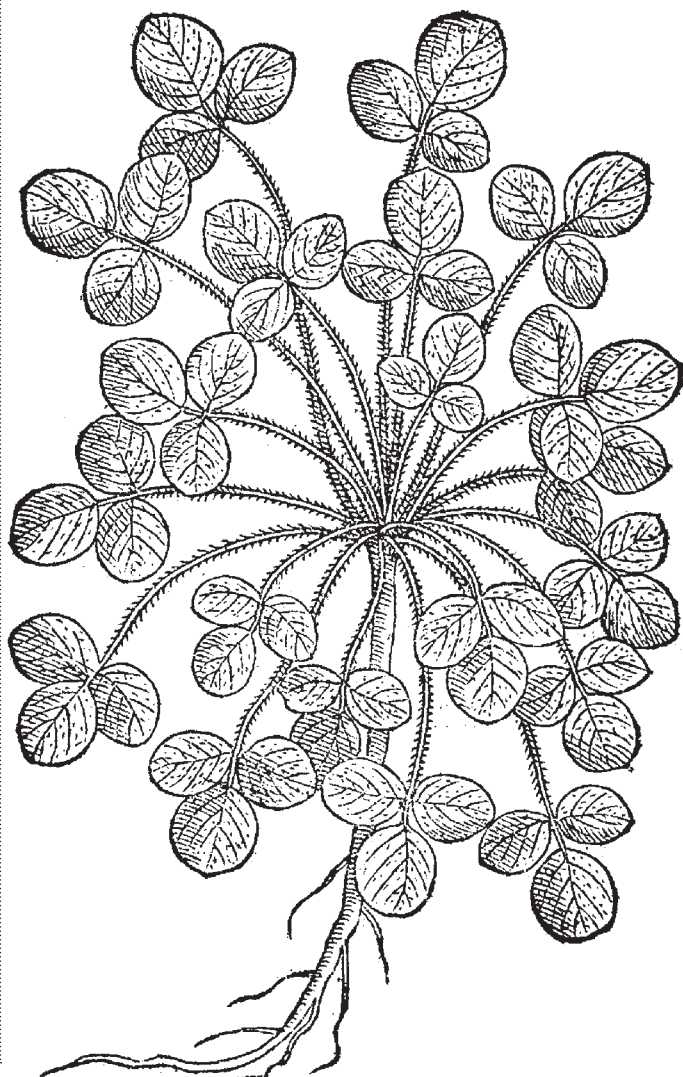
Esse sono il "Garante del contribuente per il fisco e la burocrazia" e la "Agenzia per le organizzazioni senza scopo di lucro".

Il dubbio circa la loro reale natura di Authority dipende:
- per il "Garante del contribuente per il fisco e la burocrazia", dal fatto che esso, istituito con Legge 212/2000, rappresenta un organismo di carattere regionale la cui

istituzione è rimessa direttamente alle Regioni;

- per la "Agenzia per le organizzazioni senza scopo di lucro", dalla circostanza della mancata effettiva attuazione della stessa.

La diversità degli organismi sino ad ora descritti comporta il problema di comprendere quale sia la natura degli atti dagli stessi emessi e quanto sia ampio il potere di tutela di coloro che di questi atti sono soggetti passivi. Nel dibattito conseguito alla istituzione di alcune importanti Authority, infatti, taluni avevano affermato che esse (o, almeno, talune di esse) potessero essere considerate dei veri e propri organi giurisdizionali. In realtà così non è, come confermato anche dalla Corte



di Giustizia Europea la quale trattando in particolare dell'Authority per la concorrenza ha precisato che esse non possono considerarsi organi giurisdizionali.

A prescindere dal fatto che esse abbiano o meno i caratteri prevalenti degli organi amministrativi ovvero di quelli giurisdizionali, si pone il problema se gli atti emanati dalle Authority siano sempre giurisdizionalmente ricorribili. La tesi negativa poggia sulla circostanza che così facendo l'ultima autorità sarebbe non già quella creata dal Legislatore, ma il giudice; la tesi positiva, ormai conclamata, argomenta che sostenere la tesi contraria, oltre a creare attriti con i principi costituzionali secondo i quali tutti gli atti che sacrificano interessi di parte possono essere soggetti ad impugnativa e

valutazione da parte di appositi organi, comporterebbe che le stesse fossero poste fuori dalla Costituzione.

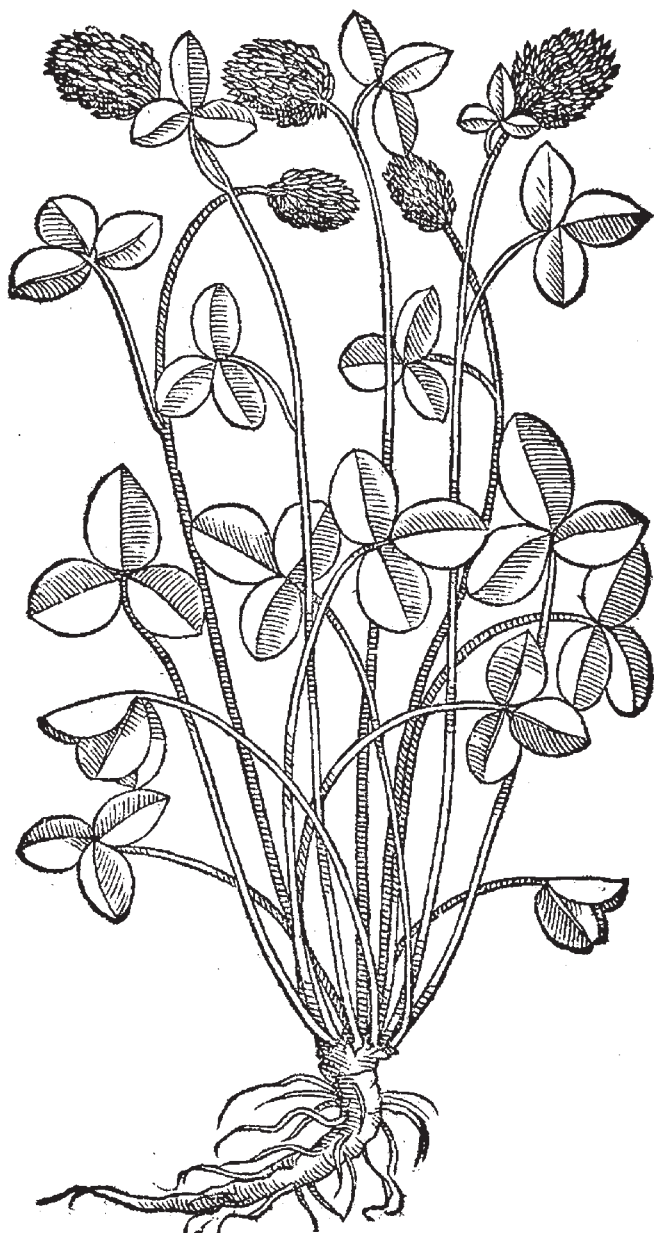
In definitiva può dirsi che la natura e la funzione di questi organismi non può che essere direttamente dipendente da come vengono armonizzati in ciascuna di esse il rischio della indipendenza assoluta e della politicizzazione.

Se è vero, infatti, che la mancata rappresentatività politica dei componenti comporta una garanzia derivante dalla certezza per i consociati che determinati interessi saranno tutelati a prescindere dalle correnti politiche al potere e, dunque, in modo costante nel tempo, l'assoluta indipendenza delle Authority potrebbe anche portare dei problemi di contrasto con il sistema normativo nazionale.

Occorrerebbe, peraltro, compiere un'opera di classificazione delle stesse soprattutto ora che ad una di esse (quella Garante della Concorrenza) sono stati attribuiti, nelle materie di sua competenza, dalla UE poteri di disapplicazione della normativa nazionale in contrasto con quella comunitaria.

Si dovrebbe, pertanto:

- dapprima distinguere quelle necessarie, ossia quelle il cui settore di pertinenza giustifichi la totale estraneità del ceto politico nelle decisioni strategiche, da quelle non necessarie che potrebbero, cioè, essere sostituite tramite la costituzione di Agenzie;
- poi, identificare una *ratio* comune che identifichi una natura giuridica univoca;
- infine, distinguere quelle risultanti dalle operazioni sopra descritte in base al ruolo (garanzia, controllo, vigilanza) ed ai criteri di nomina (Governo, Presidenti della Camera, Parlamento).



Innovazione e qualità della didattica

Pietro Gallo (Roma La Sapienza, Corso "C", Coordinatore), Paola Binetti (Roma Campus Biomedico), Massimo Casacchia (L'Aquila), Carlo Della Rocca (Roma La Sapienza, Corso "E"), Alessandro Lechi (Verona), Flavia Petrini (Chieti), Mario Piga (Cagliari), Rosa Valanzano (Firenze)

Articolazione e modalità di lavoro del Tavolo tecnico

Il Tavolo tecnico *Innovazione e Qualità della Didattica* comprendeva i componenti di tre Gruppi di lavoro della Conferenza: *Innovazione pedagogica* (Coordinatore: P. Gallo), *Integrazione interdisciplinare* (Coordinatore: A. Columbano), e *Valutazione della qualità della didattica* (Coordinatore: M. Casacchia).

Il Tavolo aveva ricevuto due ordini di mandati: uno di processo (lavorare con la formula di un micro-atelier) e tre di risultato (definire gli obiettivi dei Gruppi; riferire sui risultati raggiunti nel I semestre di attività del Gruppo; proporre spunti per la discussione in plenaria).

Per attuare la formula del micro-atelier si è deciso di suddividere il tavolo in tre gruppi di lavoro, lavorando in una prima fase all'interno dei Gruppi codificati dalla Conferenza, e in una seconda fase, per gruppi misti. Questa è l'articolazione del lavoro che ci siamo dati:

15.00 Presentazione dei lavori

15.10 Attività per gruppo di lavoro. Obiettivo: raccogliere a) obiettivi; b) risultati raggiunti

15.50 Attività per gruppi misti. Obiettivo: raccogliere due indicatori di qualità (uno di processo ed uno di risultato), con le relative modalità di rilevazione e individuazione di azioni di miglioramento

17.00 Discussione in plenaria (metodo delle differenze)

17.40 Definizione degli indicatori di qualità da proporre in plenaria come spunti di discussione

18.00 Conclusione dei lavori

Obiettivi prioritari dei Gruppi di lavoro

Ogni Gruppo di lavoro è stato invitato a definire non più di tre obiettivi, ritenuti prioritari, suddivisi in ordine temporale (breve, medio e lungo termine)

GRUPPO DI STUDIO INNOVAZIONE PEDAGOGICA

1. a breve termine: pianificazione di una serie di "pilole pedagogiche", ovvero di messe a punto su argomenti di interesse pedagogico, sui quali riferire nelle riunioni della Conferenza e in una apposita rubrica della rivista "Medicina e Chirurgia";

2. a medio termine: sperimentazione (almeno a livello di studio di fattibilità) dell'esame di maturità di

semestre in qualche semestre di alcuni corsi di laurea magistrale in Medicina (adesione su base volontaria);

3. a lungo termine: allestimento di due "mini-atelier" riservati ai membri della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina. Il primo dedicato a forme di didattica alternativa (tutoriale, medicina narrativa), il secondo all'esame di maturità di semestre (in base all'esperienza maturata con la sperimentazione).

In discussione si è messo in evidenza come la sperimentazione del *progress test* che la Conferenza si appresta a fare possa entrare in sinergia con la sperimentazione dell'esame di maturità di semestre.

GRUPPO DI STUDIO INTEGRAZIONE INTERDISCIPLINARE

1. a breve termine: individuare modelli di integrazione interdisciplinare che siano proponibili a tutte le Sedi italiane

2. a medio termine: tramite i Coordinatori di Semestre/Anno, ai quali spetta un ruolo-chiave nell'integrazione interdisciplinare, stimolare i Coordinatori di Corso Integrato a procedere con l'integrazione

3. a lungo termine: utilizzare il lavoro di verifica svolto dalle Commissioni Tecniche di Programmazione didattico-pedagogica ed i risultati del *progress test* per incidere sull'atteggiamento individualistico dei docenti, considerato il vero ostacolo alla didattica interdisciplinare

In discussione si è sottolineato come questo Gruppo di lavoro sia di importanza pedagogica essenziale e come si debbano creare delle sinergie tra questo e il Gruppo Innovazione pedagogica.

GRUPPO DI STUDIO VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA DIDATTICA

1. a breve termine: "validare i sistemi di valutazione", ovvero distribuire nelle varie Sedi un questionario sul sistema di valutazione della "qualità percepita";

2. a medio termine: rivedere la griglia di valutazione usata per le *on-site visit* sulla base dei risultati delle visite e del questionario di cui all'obiettivo precedente;

3. a lungo termine: scrivere un "Manuale di accreditamento tra pari".

In fase di discussione si è rimarcata la volontà di

organizzare a medio termine un nuovo ciclo di *on-site visit*, ma si è proposto di allargare l'ambito della visita non incontrando più il solo Presidente e la sola CTP ma l'intero Consiglio di Corso di Laurea.

Risultati (anche parziali) conseguiti dai Gruppi di lavoro nel primo semestre dall'insediamento

Missione ed articolazione dei Gruppi di lavoro sono state definite nell'incontro della Conferenza che si è tenuto a Roma il 12 Dicembre 2005. A sei mesi di distanza, i Gruppi di lavoro sono stati invitati a riferire sui primi risultati raggiunti.

GRUPPO DI STUDIO INNOVAZIONE PEDAGOGICA

1. sono state già confezionate due prime "pillole pedagogiche", illustrate in Conferenza e pubblicate su "Medicina e Chirurgia" (L'esame di semestre, Medicina e Chirurgia 32: 1251-1256, 2006; Finalità, composizione e modalità di lavoro della Commissione Tecnica di Programmazione didattico-pedagogica, Medicina e Chirurgia 33: 1337-1340, 2006);

2. si è avviato il processo di sperimentazione dell'esame di maturità di semestre nelle Sedi di Firenze e di Roma Sapienza (Corsi "C" ed "E" della I Facoltà e Corso della II Facoltà);

3. si è iniziata a concretizzare la disponibilità dei membri del Gruppo per interventi *on demand* presso le Sedi: è stato richiesto, ed effettuato, un intervento dal titolo "La valutazione dell'efficacia didattica" nell'ambito della Conferenza di Indirizzo sulla Valutazione della Didattica che si è tenuta presso la Facoltà medica di Genova il 12 Aprile 2006.

In discussione è emerso che il Gruppo sta per affrontare una nuova "pillola" sul ruolo del Coordinatore didattico di Semestre e di Corso Integrato, mentre il prof. Danieli ha sollecitato un articolo sulla medicina narrativa.

GRUPPO DI STUDIO INTEGRAZIONE INTERDISCIPLINARE

In discussione è stato sottolineato come non sia possibile tracciare un bilancio delle iniziative di questo Gruppo in quanto il prof. Columbano, Coordinatore del Gruppo, è cessato dalle funzioni di Presidente di CLM ed il prof. Lechi, Coordinatore nel precedente triennio, non ha potuto fornire informazioni in merito. Dal dibattito è emersa l'urgenza di potenziare questo Gruppo di lavoro e di assicurarne la connessione con il Gruppo Innovazione pedago-

gica.

GRUPPO DI STUDIO VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA DIDATTICA

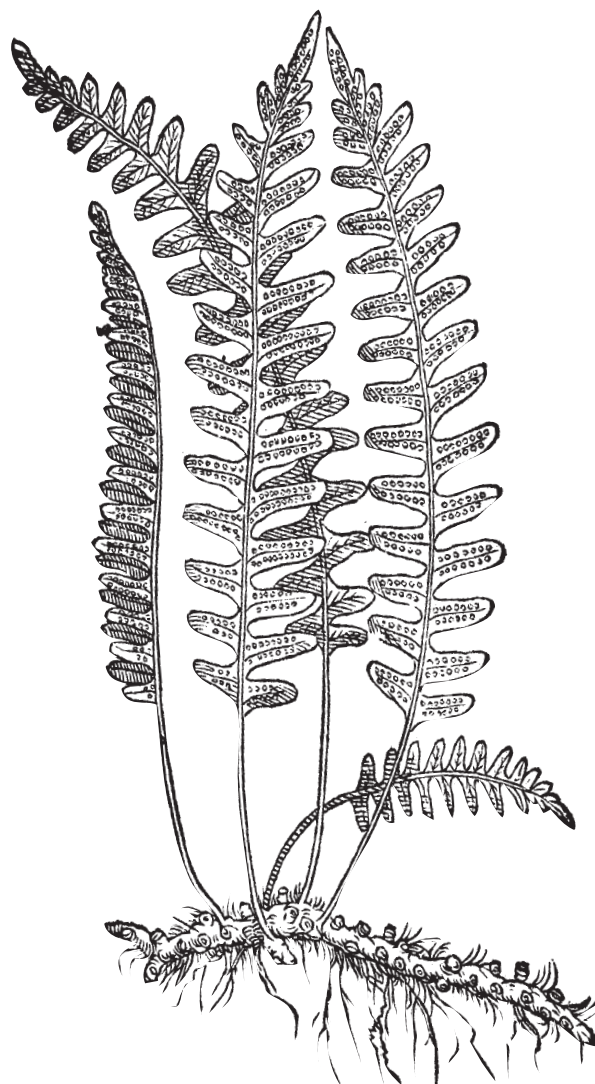
1. è stata effettuata una revisione, ancora parziale, del questionario per l'accreditamento

2. è stata allestita una bozza di questionario di "validazione dei sistemi di valutazione", che verrà distribuito nelle Sedi.

In discussione è emerso come i principi del sistema qualità stiano progressivamente entrando nel linguaggio e nella pratica dei membri della Conferenza.

Definizione di alcuni indicatori di qualità della didattica

Il lavoro in gruppi misti, con successiva discussione in plenaria, ha permesso al Tavolo tecnico di eser-



citarsi sulla definizione di indicatori di qualità della didattica. Ne sono stati individuati due di processo e due di risultato, e per ciascuno di questi è stata proposta sia una modalità di rilevazione che un'azione di miglioramento da mettere in atto dopo aver analizzato i risultati di una ipotetica rilevazione negativa.

INDICATORE DI PROCESSO: ENTITÀ DELLA INTEGRAZIONE INTERDISCIPLINARE

Parametri da valutare: percentuale di Corsi Integrati (C.I.) nei quali sono presenti più moduli disciplinari; percentuale dei C.I. organizzati per unità didattiche complesse interdisciplinari; percentuale dei C.I. nei quali è prevista co-presenza di docenti di più discipline

Modalità di rilevazione (obiettiva e pertinente) di que-

sto indicatore: è possibile tanto una verifica quantitativa (derivabile dalle percentuali di cui sopra) che una qualitativa, basata sulla verifica della coerenza esistente tra gli obiettivi interdisciplinari che il corso si è dato e la loro realizzazione. La verifica degli obiettivi e della loro realizzazione può essere demandata alla C.T.P. tramite un esame diretto degli obiettivi e una verifica della loro realizzazione tramite una presenza alle attività didattiche (*peer review*)

Azione di miglioramento da attuare: possibili soluzioni sono: l'organizzazione di seminari pedagogici per i docenti e la pianificazione collegiale dei Corsi Integrati alla presenza di un membro della CTP.

INDICATORE DI PROCESSO: QUALITÀ DELLA DIDATTICA TUTORIALE

Parametri da valutare: la didattica tutoriale nei corsi clinici

Modalità di rilevazione (obiettiva e pertinente) di questo indicatore: è possibile una valutazione dei risultati raggiunti in base agli elaborati degli studenti, verificando la congruità tra obiettivi didattici prefissi, tipologia dei mandati attribuiti agli studenti, e loro realizzazioni.

Azione di miglioramento da attuare: organizzazione di seminari pedagogici per i tutori per migliorare la loro capacità di elaborare casi clinici simulati coerenti con gli obiettivi del CI.

INDICATORE DI RISULTATO: CAPACITÀ DI RISOLVERE PROBLEMI CLINICI

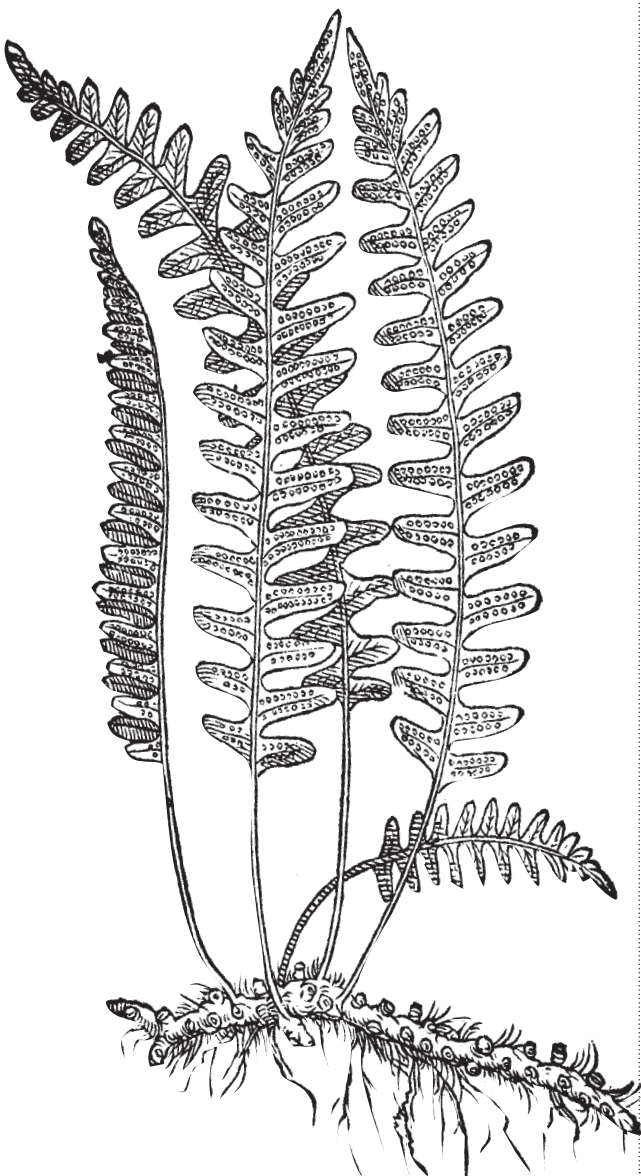
Parametri da valutare: percentuale e complessità dei problemi risolti.

Modalità di rilevazione (obiettiva e pertinente) di questo indicatore: è possibile tanto una valutazione oggettiva della capacità di risolvere un set di problemi predefiniti (*core curriculum*), tramite domande a scelta multipla, valutando il livello accettabile di *performance* tanto in termini di superamento della soglia che di *score*, ed una valutazione soggettiva, in termini di soddisfazione percepita dallo studente nel rendersi conto di essere divenuto capace di risolvere problemi clinici.

Azione di miglioramento da attuare: individuazione di un tutore d'aula, atelier di tipo TTT (*training the team*).

INDICATORE DI RISULTATO: ACQUISIZIONE DI COMPETENZE PROFESSIONALIZZANTI

Parametri da valutare: appropriatezza del livello



professionale raggiunto.

Modalità di rilevazione (obiettiva e pertinente) di questo indicatore: possono essere molteplici: dall'esame delle cartelle cliniche compilate dallo studente, al *progress test*, alla compilazione di un libretto di tirocinio con griglia di valutazione, sulla falsariga di quello allestito per l'esame di stato.

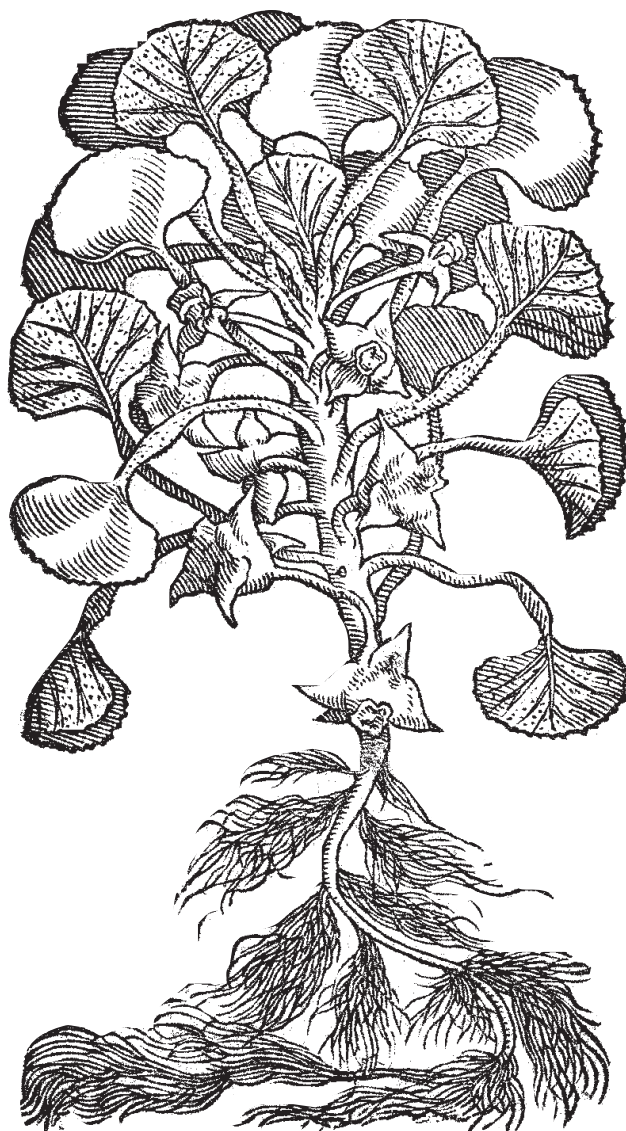
Azione di miglioramento da attuare: adeguare gli *skill lab* tanto per le competenze operative che per quelle relazionali.

Conclusioni

Dalla discussione finale è emerso come il Tavolo tecnico sia stata un'occasione utile tanto per fare il

punto sulla situazione dei Gruppi di lavoro, che per esercitarsi in un percorso che ha messo insieme competenze di valutazione della qualità e competenze di elaborazione pedagogica.

Di più, si è potuto verificare che la cultura della qualità si sta affermando sempre di più tra i Presidenti di CLM, e che cresce anche l'esigenza di una specifica cultura pedagogica medica. Non a caso, il lavoro in gruppi misti ha evidenziato come le azioni di miglioramento previste per perseguire obiettivi di qualità didattica passino sempre attraverso la formazione pedagogica dei docenti, ed è stata sottolineata l'importanza che ciascun CLM si doti di una struttura di *medical education*, propria o a livello di Facoltà.



Rilevamento di propedeuticità e sbarramenti Una proposta di linee guida

Marzia Kienle (*Milano Bicocca, Coordinatore*), Pierfrancesco Marconi (*Perugia*), Roberto Sitia (*Milano San Raffaele*), Giancarlo Torre (*Genova*), Maurizio Vanelli (*Parma*)

L'incarico assegnato al gruppo di studio *Propedeuticità e Sbarramenti* riguarda un'indagine sul comportamento delle diverse sedi per quanto attiene le regole relative all'avanzamento dello studente verso la laurea e quindi il passaggio da un anno di corso al successivo. L'obiettivo finale del gruppo è la eventuale predisposizione di linee guida che, una volta approvate dalla Conferenza, possano condurre, pur nel rispetto della autonomia, ad una unificazione dei comportamenti dei corsi di laurea nazionali. Ciò al fine di ridurre sia il fenomeno dei trasferimenti richiesti da studenti che, non potendo iscriversi all'anno successivo nella propria sede, tendono a spostarsi in altra sede, sia il "fuoricorsiismo", fenomeno dagli elevati costi sociali. Un armonico sistema di propedeuticità ha inoltre un'importantissima valenza didattica, evitando che uno studente frequenti i corsi di insegnamento senza avere le conoscenze necessarie per comprenderne i contenuti.

Due sono le vie possibili, non mutuamente esclusive:

- a. predisporre uno schema rigoroso delle propedeuticità nel sostenimento degli esami, ad esempio, non si può sostenere l'esame di fisiologia se non si è superato quello di anatomia;
- b. creare sbarramenti all'iscrizione: non si accede all'anno successivo se si ha un debito superiore ad un certo numero di crediti o non si è superato un certo numero di esami.

La Conferenza ha approvato i contenuti della seguente scheda di rilevamento dei dati che è poi stata inviata a tutti i Presidenti di CCL.

Hanno risposto all'invito 34 corsi di laurea dei 44 attivi e tra questi, solo due, Bologna e Chieti/Pescara, hanno dichiarato di non utilizzare alcun blocco; ma comunque anch'essi esercitano una sorta di controllo, come esposto in seguito.

L'esigenza di regolamentare in qualche modo accessi e propedeuticità appare largamente condivisa. La maggioranza delle sedi contempla limiti all'accesso agli anni successivi per gli studenti in ritardo con corsi o esami. Si riscontra peraltro una notevole variabilità nei modi in cui propedeuticità o sbarramenti vengono implementati. Le risposte relative

all'anno di corso di applicazione dei provvedimenti volti a regolamentare l'avanzamento negli anni di studio sono riassunte nella Tab. 1 mentre nella Tab. 2 sono indicate le tipologie del provvedimento.

Emergono alcuni problemi tecnici. Forse il principale riguarda la distinzione tra frequenza e profitto. Alcune sedi contemplano sbarramenti basati sulla frequenza. Anche considerando facile il controllo della frequenza, cosa che non sempre risulta vera, che significato dobbiamo attribuirle se consideriamo che uno studente può essere in aula fisicamente ma non con la mente? Che senso ha che lo studente possa seguire un corso se in qualche modo non siamo certi che abbia acquisito le basi per la comprensione di quanto il docente intende trasmettergli durante lo svolgimento dell'attività didattica? Inoltre il controllo della frequenza pone problemi di controllo di difficile attuazione da parte delle segreterie studenti. Riteniamo perciò che sia opportuno non basare il blocco dell'avanzamento negli studi attraverso la sola frequenza.

I Presidenti di CCLM hanno anche indicato in dettaglio quanto contenuto nei propri regolamenti: per ragioni di spazio e trattandosi di formulazioni alquanto differenziate nei particolari, non vengono qui riportate. Alcune sedi però presentano dei regolamenti lineari, facilmente applicabili, senza particolari differenziazioni per i diversi anni del corso di laurea. Per questo li citiamo qui con l'intento di proporli come linee guida da portare in discussione alla Conferenza.

Il Regolamento dell'Università di Verona prevede quanto segue:

“È consentita l'iscrizione da un anno al successivo esclusivamente agli Studenti che, al termine della sessione di esami di settembre o, comunque, prima dell'inizio dei corsi del 1° semestre, abbiano superato tutti gli esami previsti nel piano di studi per quell'anno e per gli anni precedenti, con un debito massimo di due esami. Tale blocco non è valido per il passaggio dal 5° al 6° anno ferme restando tutte le propedeuticità lo studente non potrà sostenere gli esami del 4° anno prima di aver terminato tutti

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA
Scheda di rilevazione propedeuticità/sbarramenti
UNIVERSITA'

Esistono sbarramenti nel tuo corso di laurea?

SI NO

Se sì, a quale anno di corso vi sono?

Dal primo al secondo

Dal secondo al terzo

Dal terzo al quarto

Dal quarto al quinto

Dal quinto al sesto

Come sono strutturati gli sbarramenti nel tuo corso di laurea?

Per numero esami Per crediti

Per propedeuticità

Per favore, spiega succintamente le regole in essere nel tuo corso e, se possibile, allega i documenti relativi.

Quanti esami o crediti sono necessari, o qual è il debito massimo per accedere all'anno successivo?

Esistono propedeuticità per il tuo corso di laurea?

SI NO

Se sì, indica quali, anche con l'indicazione del numero di ripetenti e di fuori corso.

Hai avuto commenti negativi da parte degli studenti per sbarramenti/propedeuticità?

SI NO

Se sì, quali sono i più ricorrenti:

Ritieni opportuno mantenere l'impostazione attuale per sbarramenti/propedeuticità?

SI NO

Se no, indica perché:

COMMENTI LIBERI E SUGGERIMENTI:

gli esami del I triennio (compresi quelli di Inglese I e Inglese II)

Il regolamento dell'Università di Roma Campus Biomedico prevede quanto segue:

“È consentito il passaggio da un anno al successivo esclusivamente agli Studenti che, al termine della sessione di esami di settembre o, comunque, prima dell'inizio dei corsi del 1° semestre, abbiano superato tutti gli esami previsti nel piano di studi per quell'anno, con un debito massimo di due esami, che dovranno essere superati entro il mese di febbraio nelle apposite sessioni di recupero.”

Il regolamento dell'Università Vita Salute S. Raffaele prevede quanto segue:

Lo studente non accede all'anno successivo se, alla fine del mese di settembre, ha un debito di crediti superiore a 20 CFU (a.a. 2005/2006) o 30 CFU (da a.a. 2006/2007)”.

Anche in queste due ultime sedi sono previste propedeuticità che lo studente deve rispettare.

Sicuramente i dati raccolti permetterebbero di giungere a conclusioni più accettabili se potessero essere associati ai risultati sulla progressione degli studi nelle singole sedi, verificabile sotto forma di superamento degli esami e di successo nella professione dopo la laurea. Purtroppo non siamo stati in grado eseguire la correlazione in quanto non tutte le sedi hanno inviato le informazioni richieste sui ripetenti e fuori corso. Abbiamo cercato di arrivare ad

una conclusione sulla validità delle regole di blocco considerando i dati delle poche sedi che ci hanno comunicato il numero di fuori corso e ripetenti, e le statistiche relative all'anno 2005, pubblicate dal MUR, sui crediti acquisiti da studenti “regolari”, cioè da coloro che risultano iscritti da un numero di anni non superiore alla durata legale del corso di studio, dati reperibili all'indirizzo http://www.miur.it/ustat/Statistiche/BD_univ.asp. Sembra di poter indicare che non vi siano differenze tra i diversi tipi di blocco applicato. Tendiamo perciò a ritenere, senza tuttavia poterlo dimostrare con i numeri, che, al fine del successo negli studi, misurato dalla capacità di laurearsi “in corso”, più che l'imposizione di blocchi veri e propri sia determinante la programmazione didattica, ed in particolare il numero di esami che lo studente deve sostenere annualmente, la distribuzione dell'attività didattica tra quella frontale, a piccoli gruppi, professionalizzante e il servizio di tutorato. E' pur vero però che dobbiamo accertarci che lo studente segua un determinato insegnamento solo avendo acquisito le conoscenze necessarie per seguirlo, cioè accertando le conoscenze acquisite.

Una certa forma di blocco sembra comunque importante. Tuttavia, la contemporanea discussione circa l'esame di semestre ci pone in difficoltà nel produrre linee guida precise. E' chiaro infatti che l'introduzione dell'esame di semestre, o di anno, risolverebbe il problema delle propedeuticità se si rendesse determinante il suo superamento al fine del passaggio. Al tempo stesso, ci rendiamo conto

Università	Anni di corso
Bologna, Cagliari, Milano, Palermo, Pavia, Udine, Varese, Verona	Dal I al II, dal II al III, dal III al IV
Modena/Reggio Emilia	Dal II al III
Brescia, Ferrara, Politecnica delle Marche, Torino	Dal III al IV
Verona	Dal IV al V
Bari, Chieti – Pescara, Firenze, Foggia, Genova, L'Aquila, Messina, Napoli Federico II, Napoli II, Novara, Parma, Perugia, Roma Cattolica, Roma Campus Biomedico, Roma Sapienza A, Roma Sapienza C, Roma Sapienza D, Roma Sapienza II, Siena, S.Raffaele, Udine	Tutti gli anni
Milano-Bicocca	Tutti gli anni blocco parziale

Tab. 1 - Anni di corso di applicazione del blocco alle iscrizioni.

Università	Tipologia di provvedimento
Politecnica delle Marche	Per numero e tipologia di esami
Brescia, Ferrara, Messina, Parma, Perugia, Roma Cattolica, Roma Sapienza A, Roma Sapienza C, Roma Sapienza D, Roma Sapienza II, Torino, Udine, Verona	Per numero di esami
L'Aquila, Siena	Per crediti
Bari, Foggia, Sassari, Torino	Per propedeuticità
Cagliari, Genova, Milano, Napoli Federico II, Napoli II, Palermo, Pavia, S. Raffaele	Per crediti e propedeuticità
Firenze, Milano-Bicocca, Modena/Reggio Emilia, Novara, Roma Campus Biomedico, Varese	Per numero di esami, propedeuticità e frequenza
Chieti/Pescara	Per frequenza

Tab. 2 - Tipologia di provvedimento per la regolamentazione del passaggio da un anno al successivo.

che il buon funzionamento di questo meccanismo, senz'altro innovativo, richiede la disponibilità di un vasto numero di tutori e docenti che organizzino didattica a piccoli gruppi, all'interno della quale si verifichi l'apprendimento delle nozioni necessarie. L'esame di semestre potrebbe eliminare anche un altro problema, lamentato dagli studenti di alcune sedi, relativo alle difficoltà che si incontrano nel superamento di alcuni esami a causa dell'esistenza di "docenti killer".

In conclusione, nell'auspicare che la riorganizzazione della didattica sia effettuata al meglio in tutte le sedi e che si possa introdurre l'esame di semestre,

in attesa che ciò si verifichi riteniamo proponibile prevedere il passaggio da un anno all'altro solo con il superamento di tutti gli esami dell'anno precedente, ad esclusione di due (o tre) che comunque devono essere superati prima di sostenere gli esami dell'anno successivo. A questo tipo di blocco si dovrebbero associare alcune propedeuticità da stabilirsi nelle diverse sedi in funzione del curriculum di sede.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano Adriana Arminio per il prezioso aiuto nel raccogliere e analizzare i formulari.

Modalità d'insegnamento

Gilda Caruso (Bari, Coordinatore), Giuseppe Delitala (Sassari), Pierfrancesco Marconi (Perugia), Oreste Terranova (Padova), Luciano Vettore (Verona)

Sono compresi in questo Tavolo tecnico i gruppi:
1) *Informazione e comunicazione*, 2) *Medicina del territorio*,
3) *Attività formative professionalizzanti*, 4) *Area linguistica* 5) *Area diagnostica di laboratorio*.

Il confronto dell'attività da svolgere rispetto ai Tavoli tecnici 1 e 2 permette di delineare nel nostro tavolo una specificità relativa al fatto che in tutti i casi si tratta di aree per così dire "protette" cioè sinora meno organizzate, strutturate e anche ...conosciute. Ogni Area infatti richiede ulteriori approfondimenti se non addirittura regolamentazioni da programmare attraverso un'accurata analisi delle criticità relative ad ogni ambito.

Nel corso del lavoro si rende evidente inoltre che esiste qualcosa in comune tra i vari gruppi del tavolo, una sorta di *fil rouge*, infatti in ogni gruppo si identifica la necessità di confrontare l'attività più specifica dei docenti dei vari SSD del CCL con altre entità didattiche, come docenti di altre Facoltà o altre figure professionali esterne all'Università stessa, come sarà evidente più avanti. L'analisi dei singoli gruppi consentirà di comprendere meglio ed approfondire questi aspetti.

1) INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

L'attività sinora svolta nelle varie sedi ha riguardato esclusivamente il Corso di Scienze Umane e le informazioni a disposizione evidenziano che l'esperienza maturata è quanto mai varia. Vi sono sedi in cui il Corso di Scienze Umane è un corso obbligatorio, in altre invece facoltativo. Nel primo caso esiste comunque una difformità di distribuzione nelle varie sedi relativa agli anni di corso, ai CFU, alle discipline che compongono il Corso, alle modalità di svolgimento (lezioni plenarie, a piccoli gruppi, entrambe). In particolare viene riferita l'esperienza di una sede in cui si utilizza un metodo didattico originale, consistente nella proiezione di brevi filmati tratti da film d'autore su cui viene poi impostato un gioco di ruolo interpretato dagli studenti, relativo al rapporto medico-paziente.

Nel caso invece che il Corso di Scienze Umane faccia parte delle ADE, cioè sia facoltativo, si valuta positivamente una proposta di una dorsale ADE umanistica che partendo dalla filosofia giunga ad approfondire i momenti iniziali e finali della vita. Tale dorsale, che si sviluppa nel corso dei 6 anni, prevede che si possa premiare con CFU supplementari gli studenti che seguano tutte le Unità ADE che compongono la dorsale.

Uguale interesse ha suscitato l'esperienza diffusa in

più sedi di Corsi organizzati dagli studenti, per lo più a valenza ADE, con specifici CFU, che hanno affrontato problemi sociali importanti come la violenza sulle donne, il consenso al trapianto ecc.

La discussione consente di evidenziare che nell'Area "Informazione e comunicazione" vi sono diverse criticità, emergenti dalle esperienze esaminate e alle quali è necessario dare una risposta: a quali SSD si affidano insegnamenti delle discipline di Scienze umane? Se tra quelli previsti vi sono SSD di cui non vi sono al momento docenti nel CCL come ci si comporta? Si ricorre ai contratti? Nel caso vi siano discordanze tra SSD del docente e SSD della disciplina affidatagli come si inseriscono questi dati nella offerta formativa?

Risulta infine troppo restrittivo includere nell'Area Informazione e comunicazione solo le Scienze Umane, e bisogna pertanto rivalutare gli ambiti culturali di cui in questa Area bisognerebbe occuparsi.

2) MEDICINA DEL TERRITORIO

Al momento è giunto circa il 50% delle risposte attese allo specifico questionario già inviato, per cui esso sarà riproposto.

L'esame di quanto sinora emerso dalle risposte ricevute consente di valutare il tirocinio presso i medici di base (generalisti e/o pediatri) come molto positivo. Esiste peraltro un'ampia difformità di CFU, di anno di corso nel quale è inserito il tirocinio, di tipologia del Corso nel quale è compreso, se sia un'attività obbligatoria oppure un'ADE. Certamente, in considerazione dell'elevato livello di gradimento da parte degli studenti e anche dei tutor, il tirocinio è da avviare in tutte le sedi e da inserire nel *core curriculum*. Una interessante sperimentazione di un nuovo modello è prevista a Modena/Reggio Emilia, con estensione negli anni di corso e a strutture extraospedaliere, comprese le case protette e l'assistenza domiciliare. In questo caso la convenzione proposta dall'Università è stata firmata con la Ausl e non con l'Ordine dei Medici.

Le criticità più significative di questa Area sono la formazione dei docenti incaricati e dei tutor, che non è ancora regolamentata in tutte le sedi e il rapporto istituzionale con i tutor, che chiedono un regolare contratto di insegnamento. Anche la retribuzione ai tutor è un tema discusso, se non debba essere solo una Certificazione ECM o non piuttosto una vera e propria retribuzione. Da alcune parti si è proposto di chiedere al CUN un nuovo SSD, ma ciò aprirebbe una serie di problemi ancora tutti da valutare in rapporto alla figura

professionale del tutor.

3) ATTIVITÀ FORMATIVE PROFESSIONALIZZANTI

In assenza di alcun componente del gruppo specifico, nel tavolo tecnico si è ugualmente discusso dell'argomento dell'Area, in modo da esprimere comunque un parere. Unanimemente si è convenuto che le AFP devono essere comprese nel *Core curriculum*, con attribuzione ai docenti dei SSD di pertinenza e ciò deve essere regolamentato in un libretto di firme di frequenza specifico (che potrebbe essere sia per attività che per corso). Varia è nelle varie sedi la distribuzione delle AFP negli anni di corso, con una calendarizzazione pure molto diversificata.

Di questa Area le criticità sono risultate numerose, in base all'esperienza sinora accumulata: la figura professionale del Tutor da definire (medici ospedalieri, specializzandi, dottorandi, contrattisti), l'eccessiva specializzazione delle Unità didattiche di AFP, l'insufficienza dei nostri reparti, affollati da studenti di Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria, tirocinanti, specializzandi, studenti delle lauree delle Professioni Sanitarie e quant'altro. Si tratta di un'Area in conclusione che ha dei problemi complessi, la cui risoluzione è in gran parte affidata ad una migliore organizzazione.

4) AREA LINGUISTICA

Come previsto sull'insegnamento dell'inglese scientifico è stato preparato un questionario, che si basa in parte sull'esperienza di qualche anno fa, già pubblicata, che forniva gli elementi base per la costruzione di un programma quinquennale di inglese. Si è ritenuto necessario stilare adesso un questionario proprio per conoscere la implementazione di tale o analoghi programmi nelle varie sedi di CCL. In particolare si indaga sulle modalità di svolgimento del corso e su quelle dell'esame finale. Il questionario è stato rivisto e sarà ancora sottoposto all'analisi di un esperto di madre lingua dell'Università di Roma La Sapienza prima di essere inviato alle varie sedi.

E' prevedibile peraltro, come già evidente in discussione, che la criticità maggiore di questo gruppo riguarderà la figura professionale del docente di lingua inglese, che probabilmente non è in alcuna sede nazionale già "incernierato" al CL. Analogamente è tutto ancora da valutare il ruolo professionale del lettore di lingua madre, attualmente compreso nel personale tecnico-amministrativo e per il quale invece andrebbe previsto un ruolo specifico, che ne riconosca l'importanza a livello formativo e anche carrieristico.

5) AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

Anche su questa area si è già proposto un questionario, a cui hanno risposto sinora 21 sedi, per cui esso sarà riproposto a scopo di completamento dell'indagine nazionale.

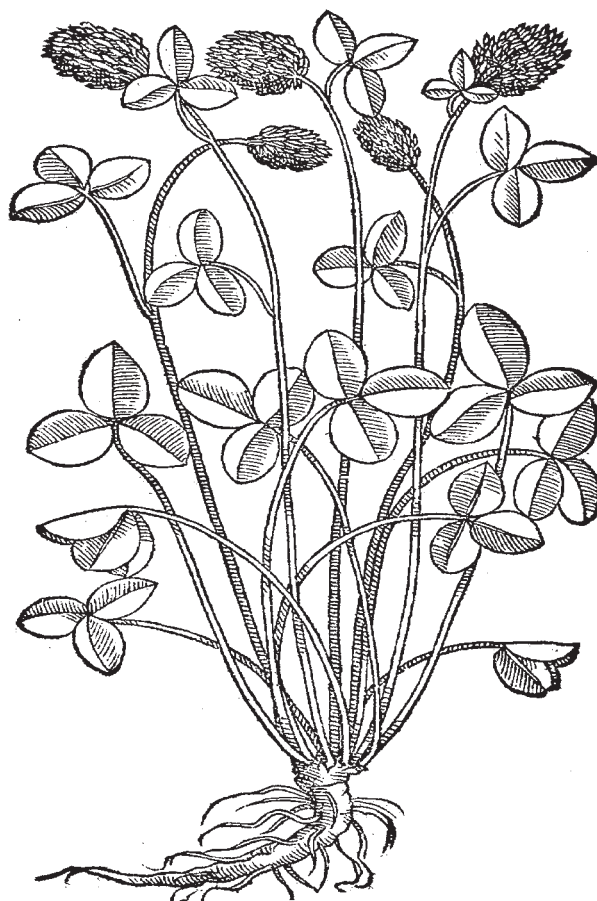
L'analisi delle risposte date consente di valutare come molto variabile la distribuzione dei CFU e le modalità di svolgimento del corso comprendente i SSD relativi all'area di laboratorio. Anche qui si è discusso sulla figura professionale del docente dei settori di riferimento, se essi debbano essere biologi o laureati in medicina. D'altra parte l'attività professionale assistenziale di questa area è per l'appunto svolta proprio da biologi.

In conclusione l'analisi dei risultati sul materiale già a disposizione sui gruppi in discussione, come pure la discussione sulle previsioni del materiale di cui disporremo più avanti, consente di evidenziare come una ricchezza anziché come un impoverimento la variabilità dell'offerta formativa che si è verificata in questi anni nelle varie sedi nazionali. Lo scopo principale del confronto non è infatti quello di uniformare le metodologie didattiche, quanto piuttosto di offrire la più vasta gamma delle realizzazioni locali, in modo da creare spunti di ulteriore miglioramento. L'altra problematica evidenziata conferma che sarà certamente necessario nel prossimo futuro occuparsi delle figure professionali sia interne all'università, ma non specificamente mediche, sia esterne quali tutor ecc. che possono arricchire e completare la nostra offerta didattica.

*Classe delle Scuole di Specializzazione
dell'Area Odontoiatrica*

Nuovo Ordinamento

(NdR: in corso di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana)



CLASSE DELLE SPECIALIZZAZIONI IN ODONTOIATRIA

NORME GENERALI E SPECIFICHE DELLA CLASSE

Gli Specialisti nei corsi di specializzazione della classe delle Specializzazioni in Chirurgia Orale, Ortognatodonzia, Odontoiatria Pediatrica e Odontoiatria Clinica Generale dovranno acquisire 180 CFU complessivi. Tenuto conto della specificità di accesso (Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, Laurea Specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria, Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria) e della particolarità del profilo professionale, le specializzazioni in Chirurgia Orale, Ortognatodonzia, Odontoiatria Pediatrica e Odontoiatria Clinica Generale, nell'ambito della classe delle Specializzazioni in Odontoiatria, si articolano su 3 anni di corso per 180 CFU, di cui almeno 126 CFU sono riservati ad attività formative professionalizzanti volte alla maturazione di specifiche capacità professionali nell'ambito delle tipologie elettive, mediante attività pratiche e di tirocinio. Le restanti Attività sono articolate in a) Attività di base, b) Attività caratterizzanti b.1) Attività Caratterizzanti Elettive a scelta dello studente, c) Attività affini, integrative e interdisciplinari, d) Attività finalizzate alla prova finale ed e) Altre Attività.

A loro volta le attività sono articolate in Ambiti omogenei di sapere caratterizzati dai rispettivi settori scientifico disciplinari.

È comunque riservato all'ambito specifico corrispondente alla figura professionale, cui è finalizzato il corso di specializzazione, almeno il 70% dei criteri presenti nelle attività caratterizzanti.

Gli ordinamenti didattici delle singole Scuole determinano la frazione dell'impegno orario complessivo riservato allo studio individuale o alle altre attività formative individuali in funzione degli obiettivi specifici della formazione. Tale frazione potrà variare in funzione della graduale acquisizione di autonomia da parte dello specializzando e sarà modulata in funzione dello svolgimento di attività formative ad elevato contenuto pratico.

Le Scuole di Specializzazione in Chirurgia Orale, Ortognatodonzia, Odontoiatria Pediatrica e Odontoiatria Clinica Generale riservano un numero di 5 CFU alle Attività di base; 155 CFU alle Attività caratterizzanti; 5 CFU alle Attività affini, integrative e interdisciplinari; 5 CFU alle Altre Attività.

Il Consiglio della Scuola ha la facoltà di assegnare fino a 30 CFU alle Attività Caratterizzanti Elettive a scelta dello studente, al fine di consentire l'acquisizione di una specifica competenza di specializzazione avanzata e settoriale nell'ambito dei vari campi di sapere specifici delle singole tipologie elettive delle specializzazioni.

Alla preparazione della prova finale sono riservati 10 CFU.

Le strutture didattiche individuano e costruiscono nell'ambito dei Corsi di Specializzazione specifici percorsi elettivi per la preparazione delle figure specialistiche comprese nella classe.

Ciascun corso di Specializzazione della classe deve avere le caratteristiche definite dalla normativa generale relativamente a sede, direzione, risorse umane e risorse strutturali, modalità di ammissione, modalità di espletamento di attività in sedi convenzionate, mobilità specializzandi ecc.

La Classe della ODONTOIATRIA comprende le seguenti tipologie:

1. Chirurgia orale: accesso per i laureati specialistici (classe 52/S) e per i laureati magistrali in Odontoiatria e protesi dentaria e ai laureati del vecchio ordinamento in Odontoiatria e protesi dentaria.
2. Ortognatodonzia: accesso per i laureati specialistici (classe 52/S) e

per i laureati magistrali in Odontoiatria e protesi dentaria e ai laureati del vecchio ordinamento in Odontoiatria e protesi dentaria.

3. Odontoiatria Pediatrica: accesso per i laureati specialistici (classe 52/S) e per i laureati magistrali in Odontoiatria e protesi dentaria e ai laureati del vecchio ordinamento in Odontoiatria e protesi dentaria.

4. Odontoiatria Clinica Generale: accesso per i laureati specialistici (classe 52/S) e per i laureati magistrali in Odontoiatria e protesi dentaria e ai laureati del vecchio ordinamento in Odontoiatria e protesi dentaria.

I profili di apprendimento della classe della ODONTOIATRIA sono:

1. Lo specialista in **Chirurgia orale** deve avere maturato conoscenze teoriche, scientifiche e professionali nel campo della fisiopatologia, dell'istopatologia, della clinica e della terapia delle alterazioni odontostomatologiche di interesse chirurgico e nel trattamento chirurgico-riabilitativo delle edentulie totali e parziali; sono specifici ambiti di competenza l'istopatologia delle alterazioni flogistiche, displastiche e neoplastiche dento-maxillo-facciali, la fisiopatologia delle atrofie ossee dei mascellari, la semeiotica fisica e strumentale, la metodologia clinica e la terapia chirurgica.

2. Lo specialista in **Ortognatodonzia** deve avere maturato conoscenze teoriche, scientifiche e professionali nel campo della fisiopatologia, clinica e terapia delle malocclusioni, disgnaie, dimorfismi muscolo-scheletrici dento-maxillo-facciali, delle disfunzioni cranio-mandibolari, delle disfunzioni posturali correlate; sono specifici ambiti di competenza la fisiopatologia ortognatodontica e la semeiotica funzionale e strumentale, la metodologia clinica e la terapia ortognatodontica.

3. Lo specialista in **Odontoiatria Pediatrica** deve avere maturato conoscenze teoriche, scientifiche e professionali relative alla fisiologia della crescita, dello sviluppo psicologico, sociale ed intellettuale del soggetto in età evolutiva e alla fisiopatologia, clinica, terapia e prevenzione delle malattie specialistiche odontostomatologiche in età pediatrica anche nei soggetti affetti da patologie sistemiche. Sono specifici ambiti di competenza, oltre alla Odontostomatologia pediatrica, la semeiotica funzionale e strumentale, la fisiopatologia, la clinica e terapia intercettiva precoce delle malocclusioni.

4. Lo specialista in **Odontoiatria Clinica Generale** deve avere maturato conoscenze teoriche, scientifiche e professionali relative alla fisiologia, fisiopatologia, clinica, terapia e prevenzione delle malattie specialistiche odontostomatologiche anche nei soggetti affetti da patologie sistemiche. Sono specifici ambiti di competenza, oltre alla diagnosi, prevenzione, terapia e riabilitazione delle patologie oro-dentali, la semeiotica funzionale e strumentale e la fisiopatologia delle articolazioni temporo-mandibolari.

OBIETTIVI FORMATIVI

Obiettivi formativi integrati (ovvero tronco comune): lo specializzando deve aver acquisito conoscenze nell'ambito delle discipline generali che contribuiscono alla formazione degli specialisti in Chirurgia Orale, Ortognatodonzia, Odontoiatria Pediatrica e Odontoiatria Clinica Generale e delle discipline caratterizzanti gli aspetti clinico-diagnostici delle emergenze e di pronto soccorso.

1. Per la tipologia **CHIRURGIA ORALE** (articolata in tre anni di corso), gli obiettivi formativi sono i seguenti:

obiettivi formativi di base:

- l'acquisizione di conoscenze nelle discipline biologiche e mediche attinenti la fisiologia, l'istologia, la patologia, l'anatomia patologica

e quella topografica soprattutto del distretto dento-maxillo-facciale e la farmacoterapia, con mirati approfondimenti sulle alterazioni odontostomatologiche a carattere flogistico, displastico e neoplastico e sulle loro interrelazioni con malattie e trattamenti sistemici;

- l'apprendimento e l'acquisizione delle capacità applicative delle metodologie statistiche e statistico-epidemiologiche;

obiettivi formativi caratterizzanti della tipologia della Scuola:

- l'individuazione di percorsi diagnostici utili ad inquadrare le diverse patologie odontostomatologiche di interesse chirurgico e i vari tipi di edentulie;

- l'approfondita conoscenza della semeiotica chirurgica odontostomatologica fisica e strumentale;

- l'acquisizione di specifiche competenze nell'esecuzione delle tecniche di anestesia locale con sedazione cosciente e con sedo-analgesia;

- l'approfondita conoscenza delle tecniche di anestesia generale e di pronto soccorso, nonché del trattamento delle emergenze;

- il perseguimento di una mirata preparazione nelle singole procedure di chirurgia orale e nel trattamento delle patologie odontostomatologiche di interesse chirurgico e delle edentulie totali o parziali;

- l'acquisizione di specifiche competenze sulla prevenzione e l'intercettazione delle patologie odontostomatologiche di interesse chirurgico con particolare riferimento a quelle flogistiche, displastiche, neoplastiche, ortodontiche, pre-protetiche;

- una corretta ed esaustiva conoscenza della diagnostica, clinica e strumentale, e delle tecniche chirurgiche di base;

- l'acquisizione delle capacità di approccio multidisciplinare tra la chirurgia orale e le varie discipline ricomprese nel settore scientifico-disciplinare in cui si integra la tipologia della Scuola di Specializzazione;

- il conseguimento delle conoscenze sulle implicazioni loco-regionali e sistemiche correlate al trattamento chirurgico orale di pazienti affetti da malattie di altri sistemi ed organi;

obiettivi affini, integrativi e interdisciplinari:

- la conoscenza dei fondamenti nell'ambito del management sanitario;

- la conoscenza delle norme legislative che regolano l'organizzazione sanitaria;

- l'acquisizione di competenze informatiche utili in particolare nella gestione di dati diagnostici e nella programmazione terapeutica;

- la conoscenza della lingua inglese ad un livello che consenta la comprensione della letteratura internazionale e l'aggiornamento;

attività professionalizzanti obbligatorie:

- l'attività formativa pratica degli specializzandi si svolge nelle Strutture Universitarie, Ospedaliere e Territoriali delle Aziende Sanitarie, convenzionate con l'Ateneo.

La formazione dello specializzando deve essere mirata al perseguimento delle finalità didattiche della tipologia della Scuola in chirurgia orale e deve prevedere la partecipazione guidata ed assistita a tutte le attività pratiche, clinico-diagnostico-terapeutiche, delle varie branche della chirurgia orale.

Detta partecipazione deve essere certificata anche attraverso la rilevazione formale delle presenze.

Le attività professionalizzanti per la Specializzazione in Chirurgia Orale si individuano nelle terapie mirate delle specifiche tipologie di patologie individuate negli obiettivi caratterizzanti.

In particolare si possono considerare soddisfatti i succitati obiettivi se lo specializzando, durante il percorso formativo di 3 annualità, esegue, dalla fase diagnostica alla guarigione clinica e sotto specifico controllo tutoriale, i seguenti interventi:

- 200 estrazioni non chirurgiche semplici e complesse;

- 150 interventi di chirurgia exodontica;

- 15 interventi per patologie cistiche dei mascellari;

- 30 biopsie e/o interventi di asportazione di neoplasie benigne e maligne;

- 5 interventi di chirurgia radicolare;

- 15 interventi di chirurgia ortodontica;

- 10 interventi di chirurgia implantare;

- 12 interventi di chirurgia pre-protetica;

- 15 interventi di chirurgia parodontale;

- 15 interventi di chirurgia orale

Le attività caratterizzanti elettive a scelta dello studente:

il Consiglio della Scuola può determinare percorsi elettivi di alta specializzazione utili all'acquisizione di specifiche ed avanzate conoscenze nell'ambito delle varie branche della chirurgia orale:

- chirurgia odontostomatologica;

- chirurgia radicolare;

- chirurgia parodontale;

- chirurgia pre-protetica;

- chirurgia implantare.

Ogni altro obiettivo che il singolo specializzando ritiene più consono alle sue inclinazioni nell'ambito dello sviluppo pratico del tirocinio.

2. Per la tipologia ORTOGNATODONZIA (articolata in tre anni di corso), gli obiettivi formativi sono:

obiettivi formativi di base:

- l'acquisizione di conoscenze nelle discipline biologiche e mediche attinenti la biologia molecolare, microbiologia, l'istologia, l'anatomia, la fisiologia, soprattutto del distretto dento-maxillo-facciale, con mirati approfondimenti sullo sviluppo, la crescita, nonché sui meccanismi di condizionamento formativo e morfologico del complesso cranio-facciale e nelle sue interazioni con il soma;

- l'acquisizione di conoscenze sia delle metodologie statistiche e statistico-epidemiologiche, che degli aspetti applicativi delle stesse;

obiettivi formativi caratterizzanti della tipologia della Scuola:

- l'individuazione di percorsi diagnostici utili ad inquadrare i vari tipi di malocclusione, da quelli meramente dentali sino a quei quadri espressione di patologia malformativa generalizzata ereditaria o congenita;

- l'approfondita conoscenza della semeiotica ortognatodontica, avvalendosi anche di presidi clinici e strumentali;

- l'acquisizione di specifiche competenze sulla prevenzione, l'intercettazione e la correzione delle malocclusioni; nonché nel trattamento con successo delle disgnazie dentali e dento-scheletriche, sia nel soggetto in crescita che nell'adulto;

- perseguimento di una mirata preparazione nel trattamento delle malformazioni cranio-facciali e nella finalizzazione ortodontica di supporto alla chirurgia ortognatica;

- acquisizione di conoscenze sugli aspetti diagnostici nonché sulle soluzioni terapeutiche riferibili a problematiche intra ed extraarticolari dell'articolazione temporo-mandibolare, nonché sulle sponibili interconnessioni con varie patologie generali quali cefalee, squilibri posturali, patologie muscolo-tensive, patologie miofasciali, asimmetrie etc.

- una corretta ed esaustiva conoscenza della diagnostica, clinica e strumentale, della fisiopatologia e degli aspetti terapeutici del distretto dento-maxillo-facciale;

- perseguimento di un approccio multidisciplinare tra l'ortognatodonzia e le varie discipline ricomprese nel settore scientifico-disciplinare in cui si integra la tipologia della Scuola di Specializzazione;

- il conseguimento delle conoscenze sulle implicazioni loco-regionali e sistemiche correlate al trattamento di pazienti affetti da malattie di altri sistemi ed organi;

Sono **obiettivi affini, integrativi e interdisciplinari**:

- conoscenza dei fondamenti delle patologie correlate alle alterazioni del distretto dento-maxillo-facciale;
- conoscenze di fenomeni connessi all'approccio psicologico delle patologie dell'articolazione temporo-mandibolare, alle problematiche neurologiche delle cefalee, ad alterati atteggiamenti posturali;
- conoscenza dei fondamenti di medicina legale nei suoi diversi aspetti compresa la bioetica clinica;
- conoscenza dei fondamenti nell'ambito del management sanitario;
- conoscenza delle norme legislative che regolano l'organizzazione sanitaria;
- acquisizione di competenze informatiche utili in particolare nella gestione di dati diagnostici e nella programmazione terapeutica;
- conoscenza della lingua inglese ad un livello che consenta la comprensione della letteratura internazionale e l'aggiornamento.

Sono **attività professionalizzanti obbligatorie**: l'attività formativa pratica degli specializzandi si svolge nelle Strutture Universitarie, Ospedaliere e Territoriali delle Aziende Sanitarie, convenzionate con l'Ateneo.

La formazione dello specializzando deve essere mirata al perseguimento delle finalità didattiche della tipologia della Scuola in Ortognatodonzia e deve prevedere la partecipazione guidata ed assistita a tutte le attività pratiche, clinico-diagnostico-terapeutiche, sia nel soggetto in crescita che adulto, con uno specifico e mirato apprendimento anche di manualità di laboratorio, nonché all'uso di sussidi strumentali.

Detta partecipazione deve essere certificata anche attraverso la rilevazione formale delle presenze.

Le attività professionalizzanti per la Specializzazione in Ortognatodonzia si individuano nelle terapie mirate delle specifiche tipologie di patologie individuate negli obiettivi caratterizzanti.

In particolare si possono considerare soddisfatti i succitati obiettivi se lo specializzando esegue, sotto specifico controllo tutoriale, le seguenti terapie, lungo il percorso formativo di 3 annualità:

- 50 visite ortodontiche ambulatoriali e/o sul territorio
- 30 diagnosi e programmazioni terapeutiche
- 20 casi di terapia preventiva e/o intercettiva
- 12 casi di terapia correttiva
- 5 casi di terapia gnatologica
- 5 casi multidisciplinari (relativamente alle interconnessioni con altre discipline odontostomatologiche e/o con alterazioni posturali)
- 3 casi di terapia pre-chirurgica e/o di malformazioni cranio-facciali.

Le **attività caratterizzanti elettive a scelta dello studente**:

il Consiglio della Scuola può determinare percorsi elettivi di alta specializzazione utili all'acquisizione di specifiche ed avanzate conoscenze nell'ambito della tipologia ortognatodontica.

Sono obiettivi specifici da svolgersi nell'ambito delle attività professionalizzanti:

- ortognatodonzia nell'età evolutiva;
- ortognatodonzia nell'adulto;
- ortognatodonzia pre-chirurgica
- ortognatodonzia delle deformità dento-maxillo-facciali in relazione a specifiche sindromi congenite ed ereditarie, nell'ambito di un approccio multidisciplinare;
- ortognatodonzia nelle patologie dell'articolazione temporo-mandibolare;

- ortognatodonzia nelle alterazioni posturali connesse al distretto dento-maxillo-facciale.

Ogni altro obiettivo che il singolo specializzando ritiene più consono alle sue inclinazioni nell'ambito dello sviluppo pratico del tirocinio.

3. Per la tipologia **ODONTOIATRIA PEDIATRICA** (articolata in tre anni di corso), gli obiettivi formativi sono:

obiettivi formativi di base:

- l'acquisizione di conoscenze nelle discipline biologiche e mediche attinenti la biologia, microbiologia, l'istologia, l'anatomia, la fisiologia, soprattutto del distretto dento-maxillo-facciale, con mirati approfondimenti sullo sviluppo, la crescita, nonché sui meccanismi di condizionamento formativo e morfologico del complesso dento-cranio-facciale e nelle sue interazioni con il soma;

- l'acquisizione di conoscenze sia delle metodologie statistiche e statistico-epidemiologiche, che degli aspetti applicativi delle stesse sulla Comunità;

obiettivi formativi caratterizzanti della tipologia della Scuola

- l'individuazione di percorsi diagnostici utili ad inquadrare i vari tipi di patologie dell'apparato stomatognatico in età evolutiva ed adolescenziale (patologia denti decidui permanenti immaturi e permanenti, parodontite, mucose, basi ossee, articolazione temporo-mandibolare le alterazioni della permuta e le alterazioni dento-scheletriche legate alle abitudini viziate in dentatura decidua e mista)

- conoscere gli aspetti di responsabilità professionale legati al lavoro clinico, i principi ispiratori della legislazione minorile e i doveri professionali ad essa connessi; acquisire conoscenze riguardanti l'organizzazione dei servizi socio-sanitari per il bambino e l'adolescente e i principi che sottendono la gestione dei servizi sanitari e la programmazione degli interventi inerenti alla salute;

- acquisire autonomia nella gestione clinica, ivi compresa la gestione comportamentale del bambino, delle più comuni malattie di ambito specialistico odontoiatrico pediatrico, anche in presenza di patologie di interesse generale e saper riconoscere i casi che richiedono l'invio allo specialista (ORL - Oculistica - Apparato locomotore - Dermatologia - Infettivologia - Ematologia - Malattie dell'Apparato Respiratorio - Endocrinologia - Gastroenterologia - Neuropsichiatria Infantile - Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, ecc.). A tal fine lo Specializzando deve aver acquisito una soddisfacente conoscenza teorica e competenza professionale nel riconoscimento e nel trattamento, anche in condizioni di emergenza-urgenza, delle più diffuse patologie dell'apparato stomatognatico.

- l'approfondita conoscenza della semeiotica odontoiatrica, avvalendosi anche di presidi clinici e strumentali;

- una corretta ed esaustiva conoscenza della diagnostica, clinica e strumentale, della fisiopatologia e degli aspetti preventivi e terapeutici del distretto dento-maxillo-facciale.

- l'acquisizione di specifiche competenze sulla prevenzione, l'intercettazione e la terapia della patologia cariosa, parodontale, malocclusiva e delle mucose orali;

- il perseguimento di un approccio multidisciplinare tra l'odontoiatria pediatrica e le varie discipline ricomprese nel settore scientifico-disciplinare in cui si integra la tipologia della Scuola di Specializzazione.

- il conseguimento delle conoscenze sulle implicazioni loco-regionali e sistemiche correlate al trattamento di pazienti affetti da malattie di altri sistemi ed organi;

Sono **obiettivi affini, integrativi e interdisciplinari**:

- conoscenza dei fondamenti delle patologie correlate alle alterazioni del distretto dento-maxillo-facciale;

- conoscenza dei fondamenti di medicina legale nei suoi diversi aspetti compresa la bioetica clinica;
- conoscenza dei fondamenti nell'ambito del management sanitario;
- conoscenza delle norme legislative che regolano l'organizzazione sanitaria;
- acquisizione di competenze informatiche utili in particolare nella gestione di dati diagnostici e nella programmazione terapeutica;
- conoscenza della lingua inglese ad un livello che consenta la comprensione della letteratura internazionale e l'aggiornamento;

Sono attività professionalizzanti obbligatorie:

L'Attività formativa pratica degli specializzandi si svolge nelle Strutture Universitarie, Ospedaliere e Territoriali delle Aziende Sanitarie, convenzionate con l'Ateneo.

La formazione dello specializzando deve essere mirata al perseguimento delle finalità didattiche della tipologia della Scuola in Odontoiatria Pediatrica e deve prevedere la partecipazione guidata ed assistita a tutte le attività pratiche, clinico-diagnostico-terapeutiche e preventive nel paziente odontostomatologico, con uno specifico e mirato apprendimento anche di manualità di laboratorio, nonché all'uso di sussidi strumentali.

Detta partecipazione deve essere certificata anche attraverso la rilevazione formale delle presenze. Le attività professionalizzanti per la Specializzazione in Odontoiatria Pediatrica si individuano nelle diagnosi e terapie delle patologie individuate negli obiettivi caratterizzanti.

In particolare si possono considerare soddisfatti i succitati obiettivi se lo specializzando, durante il percorso formativo di 3 annualità, esegue dalla fase diagnostica alla guarigione clinica e sotto specifico controllo tutoriale, i seguenti interventi:

- N. 50 Visite odontostomatologiche pediatriche ambulatoriali e/o sul territorio
- N. 10 Gestione clinica del paziente pediatrico con necessità speciali
- N. 50 Diagnosi e Terapia in Odontoiatria Conservativa Pediatrica
- N. 20 Diagnosi e Terapia in Endopedodonzia
- N. 10 Diagnosi e Terapia in Chirurgia Orale Pediatrica
- N. 10 Videat di Patologia orale pediatrica
- N. 20 Diagnosi e Terapia in Ortopedodonzia

Le attività caratterizzanti elettive a scelta dello studente:

Il Consiglio della Scuola può determinare percorsi elettivi di alta specializzazione utili all'acquisizione di specifiche ed avanzate conoscenze nell'ambito della tipologia di odontoiatria pediatrica.

Sono obiettivi specifici da svolgersi nell'ambito delle attività professionalizzanti:

- Odontostomatologia nell'età evolutiva;
- Odontoiatria speciale pediatrica
- Conservativa pediatrica;
- Endopedodonzia;
- Chirurgia Orale pediatrica ;
- Patologia orale pediatrica;
- Ortopedodonzia;

Ogni altro obiettivo che il singolo specializzando ritiene più consono alle sue inclinazioni nell'ambito dello sviluppo pratico del tirocinio.

4. Per la tipologia ODONTOIATRIA CLINICA GENERALE (articolata in tre anni di corso), gli obiettivi formativi sono:

obiettivi formativi di base:

- l'acquisizione di conoscenze nelle discipline biologiche e mediche attinenti la biologia molecolare, microbiologia, l'istologia, l'anato-

mia, la fisiologia, e la fisiopatologia soprattutto del distretto dento-maxillo-facciale ;

- l'acquisizione di conoscenze sia delle metodologie statistiche e statistico-epidemiologiche, che degli aspetti applicativi delle stesse sulla Comunità;

obiettivi formativi caratterizzanti della tipologia della Scuola:

- l'individuazione di percorsi diagnostici utili ad inquadrare i vari tipi di patologie dell'apparato stomatognatico.

- conoscere gli aspetti di responsabilità professionale legati al lavoro clinico, i principi ispiratori della legislazione e i doveri professionali ad essa connessi; acquisire conoscenze riguardanti l'organizzazione dei servizi socio-sanitari e i principi che sottendono la gestione dei servizi sanitari e la programmazione degli interventi inerenti alla salute;

- acquisire autonomia nella gestione clinica, ivi compresa la gestione del paziente con patologia odontoiatrica, anche in presenza di patologie di interesse generale e saper riconoscere i casi che richiedono l'invio allo specialista. A tal fine lo Specializzando deve aver acquisito una soddisfacente conoscenza teorica e competenza professionale nel riconoscimento e nel trattamento, anche in condizioni di emergenza-urgenza, delle più diffuse patologie dell'apparato stomatognatico.

- l'approfondita conoscenza della semeiotica odontoiatrica, avvalendosi anche di presidi clinici e strumentali;

- una corretta ed esaustiva conoscenza della diagnostica, clinica e strumentale, della fisiopatologia e degli aspetti preventivi terapeutici e riabilitativi del distretto dento-maxillo-facciale.

- il perseguimento di un approccio multidisciplinare tra l'odontoiatria clinica generale e le varie discipline ricomprese nel settore scientifico-disciplinare in cui si integra la tipologia della Scuola di Specializzazione.

- il conseguimento delle conoscenze sulle implicazioni loco-regionali e sistemiche correlate al trattamento di pazienti affetti da malattie di altri sistemi ed organi;

Sono obiettivi affini, integrativi e interdisciplinari:

- conoscenza dei fondamenti delle patologie correlate alle alterazioni del distretto dento-maxillo-facciale;

- conoscenza dei fondamenti di medicina legale nei suoi diversi aspetti compresa la bioetica clinica;

- conoscenza dei fondamenti nell'ambito del management sanitario;

- conoscenza delle norme legislative che regolano l'organizzazione sanitaria;

- acquisizione di competenze informatiche utili in particolare nella gestione di dati diagnostici e nella programmazione terapeutica;

- conoscenza della lingua inglese ad un livello che consenta la comprensione della letteratura internazionale e l'aggiornamento;

Sono attività professionalizzanti obbligatorie

L'Attività formativa pratica degli specializzandi si svolge nelle Strutture Universitarie, Ospedaliere e Territoriali delle Aziende Sanitarie, convenzionate con l'Ateneo.

La formazione dello specializzando deve essere mirata al perseguimento delle finalità didattiche della tipologia della Scuola in Odontoiatria Clinica Generale e deve prevedere la partecipazione guidata ed assistita a tutte le attività pratiche, clinico-diagnostico-terapeutiche e preventive nel paziente odontostomatologico, con uno specifico e mirato apprendimento anche di manualità di laboratorio, nonché all'uso di sussidi strumentali.

Detta partecipazione deve essere certificata anche attraverso la rilevazione formale delle presenze. Le attività professionalizzanti per

la Specializzazione in Odontoiatria Clinica Generale si individuano nelle diagnosi e terapie delle patologie individuate negli obiettivi caratterizzanti.

In particolare si possono considerare soddisfatti i suddetti obiettivi se lo specializzando, durante il percorso formativo di 3 annualità, esegue dalla fase diagnostica alla guarigione clinica e sotto specifico controllo tutoriale, i seguenti interventi:

N.50 Visite odontostomatologiche preventive ambulatoriali e/o sul territorio

N.20 Diagnosi e terapia delle urgenze odontoiatriche comprese l'exodonzia

N.50 Diagnosi e Terapia in Odontoiatria Conservativa Clinica

N.20 Diagnosi e Terapia in Endodonzia Clinica

N.10 Diagnosi e Terapia in Parodontologia Clinica

N.20 Diagnosi e Terapia in Clinica Protetica

N.50 Videat di Patologia orale

N.10 Gestione clinica del paziente con necessità speciali

Le attività caratterizzanti elettive a scelta dello studente

Il Consiglio della Scuola può determinare percorsi elettivi di alta specializzazione utili all'acquisizione di specifiche ed avanzate conoscenze nell'ambito della tipologia di odontoiatria clinica generale.

Sono obiettivi specifici da svolgersi nell'ambito delle attività professionalizzanti:

- Odontoiatria Preventiva e di Comunità
- Odontoiatria delle urgenze e delle emergenze (compresa l'exodonzia)
- Odontoiatria conservativa;
- Endodonzia;
- Parodontologia;
- Protesi
- Patologia orale;
- Odontoiatria speciale;

Ogni altro obiettivo che il singolo specializzando ritiene più consono alle sue inclinazioni nell'ambito dello sviluppo pratico del tirocinio



ATTIVITÀ FORMATIVE				
Attività formative	Ambiti disciplinari	Settori scientifico-disciplinari	CFU	Tot. CFU
Di base	Discipline generali per la formazione dello specialista	FIS/07 Fisica applicata BIO/09 Fisiologia BIO/10 Biochimica BIO/11 Biologia molecolare BIO/12 Biochimica clinica e Biologia molecolare clinica BIO/16 Anatomia umana BIO/17 Istologia BIO/14 Farmacologia MED/01 Statistica medica MED/03 Genetica medica MED/04 Patologia generale MED/05 Patologia clinica MED/07 Microbiologia e Microbiologia clinica MED/08 Anatomia patologica	5	
Caratterizzanti	Tronco comune clinico diagnostico Emergenze e Pronto Soccorso	BIO/09 Fisiologia BIO/14 Farmacologia BIO/16 Anatomia umana BIO/17 Istologia MED/04 Patologia generale MED/05 Patologia clinica MED/07 Microbiologia e microbiologia clinica MED/09 Medicina interna MED/28 Malattie odontostomatologiche MED/29 Chirurgia maxillo-facciale MED/36 Diagnostica per immagini e radioterapia MED/41 Anestesiologia MED/50 Scienze tecniche mediche applicate	50	155
	Discipline specifiche della tipologia chirurgia orale	MED/28 Malattie odontostomatologiche MED/29 Chirurgia maxillo facciale	105*	
	Discipline specifiche della Ortognatodonzia*	MED/28 Malattie odontostomatologiche	105*	
	Discipline specifiche della tipologia odontoiatria pediatrica*	MED/28 Malattie odontostomatologiche	105*	
	Discipline specifiche della tipologia odontoiatria clinica generale *	med/28 Malattie odontostomatologiche	105*	
Affini, integrative e Interdisciplinari	Discipline integrative ed interdisciplinari	MED/12 Gastroenterologia Med/13 endocrinologia Med/15 malattie del sangue Med/17 malattie infettive Med/19 chirurgia plastica Med/25 psichiatria		5

		Med/26 neurologia Med/33 malattie apparato locomotore Med/34 medicina fisica e riabilitativa Med/39 neuropsichiatria infantile Med/31 otorinolaringoiatria Med/35 malattie cutanee e veneree Med/38 pediatria generale e specialistica M-psi/01 psicologia generale		
	Scienze Umane e Medicina comunità	Med/02 storia della medicina Med/42 igiene generale e applicata Med 43 medicina legale Med/45 scienze inferm. gen. clin. e ped.		
	Sanità Pubblica, Management sanitario, Statistica ed Epidemiologia	Med/01 statistica medica Med/42 igiene generale e applicata Secs-p/07 economia aziendale Secs-p/10 organizzazione aziendale Inf/01 informatica		
Per la prova finale				10
Altre		Ulteriori conoscenze linguistiche, abilità informatiche e relazionali		5
Totale				180
* ambito specifico per la tipologia della scuola. ** cfu specifici per la tipologia della scuola utilizzabili anche per le attività caratterizzanti elettive.				

Attività caratterizzanti elettive				
Attività formative	Ambiti disciplinari	Settori scientifico-disciplinari	CFU	TOT. CFU
Attività caratterizzanti elettive a scelta dello Studente	Discipline elettive per le tipologie delle specializzazioni in chirurgia orale, ortognatodonzia, odontoiatria pediatrica e odontoiatria clinica generale	Tutti i SSD, BIO e MED, ritenuti utili per l'attività elettiva		30*
* i CFU derivano da quelli dell'ambito specifico della tipologia				

Attività Professionalizzanti				
Attività formative	Ambiti disciplinari	Settori scientifico-disciplinari	CFU	TOT. CFU
Attività professionalizzanti	Discipline professionalizzanti			126**
** 70% dei CFU di tutte le attività				

Fonti

- Sentenza n.3597/2004 IV Sezione Consiglio di Stato
- Sentenza n.3598/2004 IV Sezione Consiglio di Stato
- DM 270/2004
- Sentenza n.556/2006 Sezione III quater Tar Lazio