75012 medicina e chirurgia

Quaderni della conferenza permanente dei presidenti dei consigli di corso di laurea in medicina e chirurgia

Sommario

Proseguire nel rinnovamento

Luigi Frati

Mentre si stanno facendo le prime analisi sulla applicazione del nuovo ordinamento didattico del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, ci stiamo confrontando con il rinnovamento complessivo della politica universitaria.
Se il movimento degli studenti ha richiamato l'attenzione sulla grave carenza di strutture e metodi finalizzati alla didattica, è pur vero che alcuni spunti di dibattito (no alle privatizzazioni) sembrano più slogan che veri "pericoli". Tra l'altro, con il 1 Gennaio 1992 per i Corsi di Laurea, ma ancor prima per le Scuole dirette a fini speciali, si attuerà la libera circolazione di laureati nei paesi CEE. Per i medici ciò sarà possibile se i Corsi di Laurea avranno i requisiti comunitari.
È in questa prospezione che si stanno predisponendo alcune iniziative di completamento dell'offerta didattica, di innovazione nelle tecnologie educative, di estensione di rapporti con qualificate istituzioni sanitarie.
È stata siglata a Varese, sede di una nuova Facoltà medica, un'intesa tra la Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea e la Società Italiana di Medicina Generale per una collaborazione nella didattica prelaurea. La possibilità di intese con strutture del Servizio Sanitario Nazionale è prevista espressamente dal DPR 95/1986 (Tab. XVIII); si è così inteso offrire agli studenti di usufruire di esperienze diverse da quelle fruibili nelle strutture universitarie (con patologia tendenzialmente specialistica). Per quei Corsi di laurea che vorranno attuare l'intesa generale sarà possibile permettere agli studenti, nell'ambito delle 5.500 ore e con l'obiettivo di aumentare il ventaglio di casi osservati nel periodo formativo, di frequentare (ad esempio nei periodi di intervallo del calendario accademico) ambulatori selezionati per esperienza del medico.
Sul piano della innovazione delle tecnologie didattiche la Conferenza si è impegnata particolarmente nello sviluppo della didattica interattiva. Si segnalano al riguardo sia un'iniziativa nazionale di ricerca sui fondi 40% (Coordinatore Sergio Curtoni; sviluppo di software per didattica interattiva-laser disk), sia un rilevante intervento dell'Università di Roma la Sapienza (acquisizione di 20 aulette per didattica interattiva e sviluppo del relativo software). L'obiettivo è quello di mettere a disposizione il software sviluppato da tutto il settore biomedico universitario, tenendo presente che la normativa europea certamente porrà un problema di standards post-laurea (riaccredito del titolo di specialista, etc.).
La nuova legislazione sanitaria all'esame del Parlamento (con la previsione della istituzione di Aziende Ospedaliere) ha spinto i Ministri De Lorenzo e Ruberti ad istituire una Commissione di studio per i rapporti del Ssn con Policlinici a gestione diretta o indiretta e con Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. L'obiettivo è quello di chiarire i rapporti reciproci, ma anche di attivare opportune sinergie, tanto più rilevanti quanto più diverrà reale una concorrenzialità europea.
Su questo scenario prosegue anche la fisiologica vita universitaria. Pressoché conclusi i Concorsi a cattedra, il CUN è impegnato nell'esprimere il proprio parere sul Bando per Concorsi a Professore associato. Ad una prima proposta ministeriale (ripartire i posti in base agli studenti immatricolati), ha fatto seguito un parere della Commissione programmazione (presieduta da chi scrive) che ha previsto una ripartizione sulla base di tutti gli studenti in corso (Medicina per 6 anni, naturalmente). La proposta, ratificata dal CUN e recepita dal Ministro Ruberti, fa sì che saranno banditi per Medicina oltre il 60% dei posti disponibili presso la Facoltà (la legge ne prevedeva mediamente il 50% in ciascuno dei due concorsi previsti con l'attuale normativa).
Queste tematiche generali sono ben presenti nelle nostre Facoltà, ciò non deve tuttavia esimerci dal considerare altri problemi, legati all'attuazione dei nuovi ordinamenti didattici o al rapporto tra didattica e strutture disponibili per la stessa, ma anche per la ricerca e l'assistenza o alla mobilità degli studenti in un sistema che deve necessariamente tendere alla internazionalizzazione.
Anche a questi temi è dedicato il terzo numero della nostra Rivista.

Lavoro eseguito con il contributo del Ministero Pubblica Istruzione: Finanziamento progetti di ricerca di interesse nazionale (quota 40%) 1988. Titolo: "Metodi per la formazione del medico e dello specialista".

75012
medicina e chirurgia

75012 MED. CHIR. 0, 99-102, 1990

Indagine sul primo anno di applicazione del nuovo ordinamento

Emilio Sergio Curtoni
con la collaborazione di G. Bo, F. Bratina, C.M. Caldarera, A. Cherchi, G. Danieli, G. De Benedictis, C. Fersini, L. Frati, C. Fruschelli, D. Gambi, P. Li Voti, D. Mancino, F. Manenti, E. Miele, A. Novarini, A. Pinchera, C. Scandellari, L.A. Scuro, L.F. Signorini

Introduzione

Il nuovo ordinamento del corso di laurea in Medicina e Chirurgia, noto anche come "nuova tabella 18", è una riforma di notevoli proporzioni; la sua attuazione richiede un'accurata preparazione per quanto riguarda i programmi d'insegnamento, le strutture didattiche, le stesse competenze pedagogiche dei docenti.
La sperimentazione del nuovo ordinamento, nei suoi primi anni, può anche indicare la necessità di procedere ad aggiustamenti o veri cambiamenti dei progetti iniziali, o addirittura suggerire modifiche della normativa. È perciò importante seguire accuratamente il procedere di tale applicazione, per ottenere le informazioni che consentano una programmazione più idonea ed un conseguente miglioramento del corso di laurea.
A questo scopo la Conferenza permanente dei Presidenti dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia si è fatta promotrice di un'indagine al termine del I anno di attuazione del nuovo ordinamento, dopo la fine della sessione autunnale di esami. L'indagine è stata svolta mediante un questionario inviato ai Presidenti (o, in loro mancanza, ai Presidi) dei 32 corsi di laurea in Medicina e Chirurgia.

Risultati dell'indagine

Hanno risposto al questionario 21 corsi di laurea. I risultati riportati appresso riguardano perciò solo i corsi di laurea che hanno partecipato all'indagine.

a) Numero di studenti iscritti al I anno.
Nel ventun corsi di laurea indagati il numero di studenti iscritti al I anno andava da un minimo di 72 ad un massimo di 1271. La distribuzione degli studenti è illustrata nella figura 1. È evidente che, con l'eccezione di una, tutte le Facoltà hanno deliberato una significativa diminuzione del numero di studenti accettabili, rispetto a quanti si iscrivevano negli anni precedenti.

Lavoro eseguito con il contributo del Ministero Pubblica Istruzione: Finanziamento progetti di ricerca di interesse nazionale (quota 40%) 1988. Titolo: "Metodi per la formazione del medico e dello specialista".

b) Struttura del primo anno.
b1) Corsi integrati inseriti nell'anno;
I corsi integrati inseriti nel primo anno sono elencati nella tabella I. Si tratta in quasi tutte le sedi di sei corsi, in alcune di sette. I corsi sono quasi sempre i medesimi, fatta eccezione per una minoranza di sedi.
b2) Numero di ore nell'anno.
Nella tabella 2 è riportato il numero di ore di didattica, per studente, previsto nelle diverse sedi. La maggioranza è intorno a 600, con un minimo intorno a 550 ed un massimo vicino ad 800.
Per ciascuna sede è riportata anche la percentuale di ore dedicate all'attività didattica "non formale", cioè non consistente in lezioni accademiche. La massima parte delle sedi stabilisce la quota di tale attività didattica intorno ad un terzo, il minimo stabilito dal nuovo ordinamento per i corsi integrati del primo triennio.

b3) Tipi di attività didattica non formale.
L'attività didattica non formale, o teorico-pratica, è stata programmata nei vari corsi a seconda della disponibilità di strutture e docenti e della capacità didattica dei docenti stessi. Nella tabella 3 sono riportate le attività didattiche non formali attuate in diverse sedi.

c) Risultati degli esami.
c1) Confronto dell'esito di uno stesso corso in sedi diverse.
Poiché nella massima parte delle sedi sono stati svolti gli stessi sei corsi integrati, sono stati paragonati i risultati di questi sei corsi, trascurando quelli (ad esempio Anatomia) che facevano parte del programma di solo una o di poche sedi.
Nella figura 2 (da "a" ad "f") è rappresentata la percentuale di studenti che hanno superato l'esame dello stesso corso integrato, in sedi diverse. Mancano i risultati relativi alla Facoltà di Modena.
Si osservano notevoli differenze fra le diverse sedi, anche indipendentemente dal numero di studenti iscritti al corso di laurea. Questo sembra perciò imputabile più ai singoli docenti che ad un'obiettiva difficoltà delle discipline insegnate.
c2) Numero di esami superati dagli studenti.
Come è stato detto nell'introduzione, la presente in-

Fig. 1

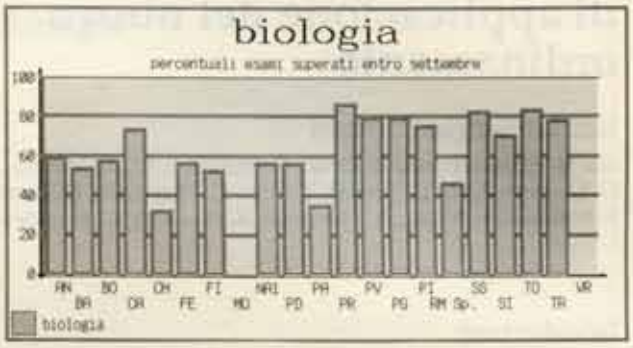

Fig. 2d

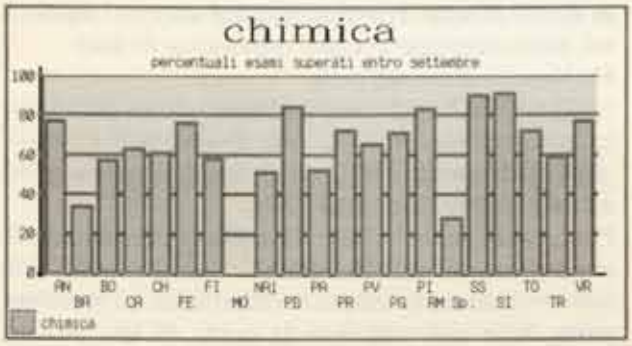

Fig. 2a

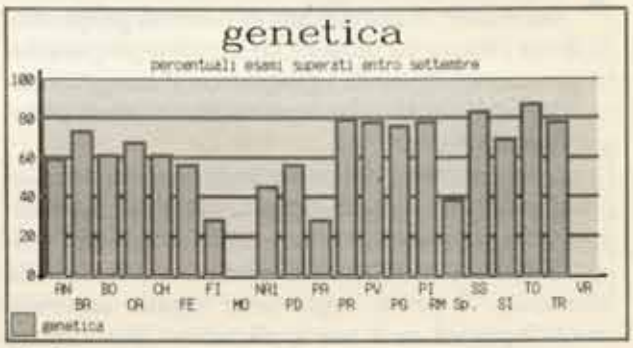

Fig. 2e

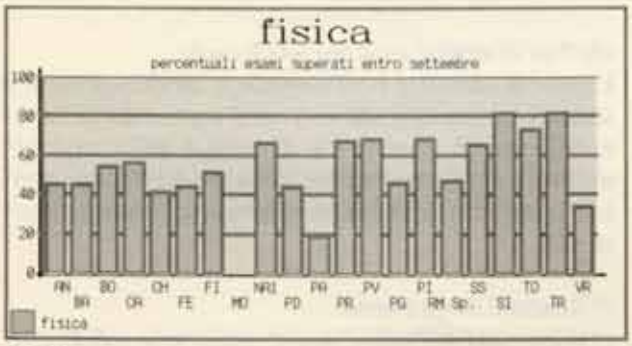

Fig. 2b

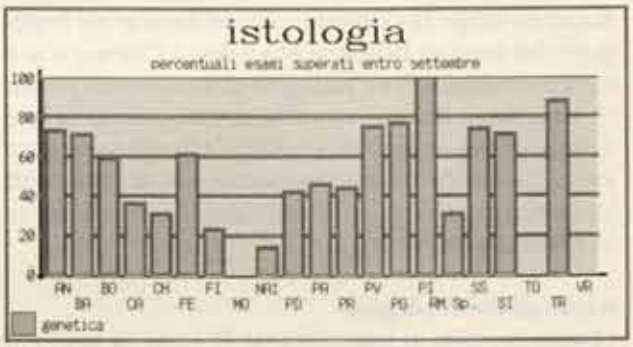

Fig. 2f

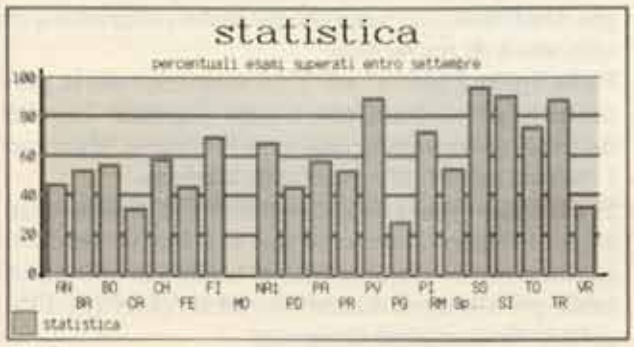

Fig. 2c

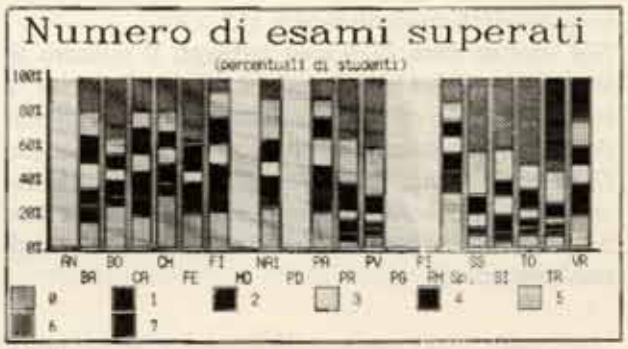

Fig. 3

Tab. 1 - Corsi integrati svolti nel corso del I anno.

	Chimica	Fisica	Statistica	Biologia	Genetica	Istologia	Istol.I	Istol.II	Anatomia I	Bioch.I
Ancona	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				
Bari	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				
Bologna	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				
Cagliari	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				
Catania	Chim	Fis		Biol	Genet					Bioc I
Chieti	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				
Ferrara	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				
Firenze	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				
Modena	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				
Napoli	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				
Padova	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				Bioc I
Palermo	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				
Parma	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				
Pavia	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				
Perugia	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				
Pisa	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				
Roma Sap.	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				
Sassari	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				
Siena	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				
Torino	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet				Anat I	
Trieste	Chim	Fis	Stat	Biol	Genet	Istol				Bioc I
Verona	Chim	Fis	Stat				Ist I	Ist II	Anat I	Bioc I

Tab. 2 - Numero di ore del primo anno e percentuale di ore dedicate alla didattica "non formale".

Sede	Ore per studente	Tempo per la didattica non formale
Ancona	600	25%
Bologna	600	50%
Cagliari	775	33%
Catania	675	33%
Chieti	600	33%
Ferrara	600	33%
Firenze	600	33%
Modena	610	36%
Napoli I	600	33%
Palermo	600	25%
Parma	600	33%
Perugia	552	32%
Sassari	600	33%
Siena	605	35%
Torino	625	33%
Trieste	675	33%
Verona	700	30%

dagine è stata fatta al termine della sessione di esami di settembre, cioè subito prima dell'inizio del successivo anno accademico. È questo perciò il momento nel quale è stata rilevata anche la percentuale di studenti che affronta l'inizio del secondo anno avendo completato tutti gli esami, oppure trovandosi in debito di uno o più esami. La situazione è rappresentata nella figura 3; la percentuale di studenti in pari con gli esami varia da un massimo di 51% ad un minimo di 8%.

Dalla figura si vede anche come alcune sedi non siano state in grado di fornire quest'analisi, o l'abbiano fornita in maniera non utilizzabile per un paragone con le altre sedi.

d) Parere dei docenti sui fattori che hanno influenzato l'applicazione della riforma.
Nel questionario è stato domandato ai docenti quali siano stati, a loro giudizio, i principali fattori che hanno influenzato positivamente o negativamente l'attuazione dei corsi secondo il nuovo ordinamento. Un riassunto delle risposte ricevute è riportato nelle tabelle 4 e 5.

Commenti e conclusioni

Sui dati esposti sopra potrebbero essere fatti numerosi commenti; ci auguriamo pertanto che forniscano materia di discussione e di riflessione nei corsi di laurea. In questa sede ci limitiamo a pochi commenti.

Disponibilità dei dati. Una condizione essenziale per poter analizzare una situazione è la disponibilità dei dati relativi. Per la presente indagine è stato spesso problematico reperire i dati necessari. Aneddoticamente, citiamo che in una delle sedi i docenti si sono visti rifiutare i dati dalla segreteria di Facoltà ed hanno dovuto chiederli direttamente ai colleghi; in altre sedi sono stati forniti dalle segreterie dati errati perché incompleti; nella massima parte dei casi non è stato possibile ottenere dalle segreterie i dati in tempo relativamente breve, per cui si è stati costretti comunque a chiedere i dati ai vari docenti e ad

Tab. 3 - Attività didattica "non formale" attuata nei diversi corsi di laurea.

Tipo di attività	Sede																
	An	Bo	Ca	Ct	Ch	Fe	Fi	Mo	Na	Pr	Pg	Pi	Ss	Si	To	Tr	Vr
Esercitazioni al microscopio							X	X						X		X	X
Dimostrazioni di laboratorio	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Esercitazioni con il computer								X						X	X		
Diomstrazioni con videocassette								X		X	X				X		
Esercitazioni teoriche con "tutore"		X		X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Seminari didattici monotematici	X		X	X	X	X	X		X	X	X						X
Attività di autoapprendimento													X				X
Verifiche dell'apprendimento				X						X	X						

Tab. 4 - Corsi del I anno. Fattori di successo.

Relativi all'andamento dei corsi
- Numero di studenti non eccessivo.
- Miglior rapporto fra docenti e studenti.
- Coinvolgimento più diretto degli studenti nella didattica.
- Impegno degli studenti.
- Insegnamento tutoriale.
- Lavoro degli studenti per piccoli gruppi.
- Compattazione dei corsi
- Obbligo della frequenza.
- Impegno dei docenti nella didattica (ma soprattutto formale!)
- Programmi di insegnamento-apprendimento più adeguati.
- Programmi concordati nei diversi canali di uno stesso corso.
- Coordinamento fra docenti di tutti i corsi.
- Disponibilità di spazi didattici idonei.

Relativi agli esami
- Introduzione delle prove in itinere, valide per il voto finale.
- Frequenti questionari di autovalutazione.
- Programmazione concordata delle date dei diversi esami.
- Esami alla fine del semestre del corso.
- Commissioni di esami con docenti di diversi canali.

Generali
- Impegno diretto della Presidenza del corso di laurea.

Tab. 5 - Corsi del I anno. Fattori di insuccesso

Relativi all'andamento dei corsi
- Mancato accordo su programmi e metodi fra docenti di un corso.
- Inesperienza dei docenti verso queste nuove richieste.
- Alcuni docenti non accettano nuovi metodi didattici.
- Scarsa conoscenza del nuovo ordinamento da parte di docenti e studenti.
- Troppe lezioni ex-cattedra.
- Programmi d'insegnamento troppo vasti.
- Mancata finalizzazione dei contenuti dei corsi ad un'utilizzazione in pratica medica.
- Orario troppo pesante, con poco tempo per lo studio individuale.
- Ritmo di lavoro troppo intenso.
- Carenza di strutture.
- Carenza di attrezzature per esercitazioni.
- Carenza di tutori.
- Carenza di docenti del I anno.
- Notevole disomogeneità di preparazione fra studenti.
- Difficoltà di controllo omogeneo della frequenza.

Relativi agli esami
- Accorpamento di esami diversi.
- Esami troppo tradizionali.
- Mancata discussione delle prove scritte degli studenti.
- Mancanza di autovalutazioni in itinere.
- Poche possibilità di ripetere un esame fallito.

Generali
- Incapacità di alcuni studenti a svolgere un lavoro intenso.
- Mancanza di una programmazione unitaria dei contenuti.
- Scollamento fra I e II triennio.

elaborarli direttamente. Queste difficoltà non crediamo siano da imputare a cattiva volontà delle segreterie delle Facoltà. È invece certo che in genere le segreterie sono attrezzate in maniera da assolvere ai compiti burocratici ma non da rendere possibili elaborazioni statistiche che informino in tempo utile su quanto avviene nelle Facoltà. Un obiettivo delle Facoltà dovrebbe essere la soluzione di questi problemi.

Difficoltà di applicazione della riforma ed intervento degli studenti.

Alcune delle difficoltà di applicazione della riforma vengono identificate dai docenti, fornendo così già l'indicazione per una loro soluzione. Si tratta, ad esempio, di quelle elencate nella tabella 5. Tutte le difficoltà, comunque, vengono vissute dagli studenti i quali sono quelli che ne sopportano il peso maggiore e che talora colgono qualche aspetto, e possono fornire qualche suggerimento, che era sfuggito ai docenti. Per questo motivo crediamo consigliabile che il monitoraggio continuo dell'andamento di un corso e le eventuali correzioni di rotta si svolgano in stretta collaborazione con gli studenti del corso stesso.

75012 MED. CHIR. 0, 103-105, 1990

Proposte per un programma nazionale di riferimento

Cesare Scandellari

Avvertenza
Nel corso della presente esposizione i seguenti termini sono usati con il significato qui specifico:. Programma: elenco di argomenti didattici pertinenti ad un corso integrato. Argomento: contenuti didattici di una lezione di didattica formale. Informazioni: nozioni espositive di un argomento didattico

L'opportunità di stabilire programmi didattici ai quali possano far riferimento i Docenti dei corsi integrati previsti dal nuovo ordinamento didattico, sorge dall'esigenza di eliminare dall'insegnamento sia ripetizioni di argomenti, sia ridondanza di informazioni: in una parola, per rendere la didattica coerente con i moderni canoni pedagogici e con una formazione di base e non di tipo specialistico.
La nuova tabella XVIII, infatti, assegnando ai corsi integrati precisi contingenti orari molto più ampi rispetto al numero di ore-lezione tradizionalmente utilizzati per un corso di insegnamento fondamentale, può indurre il docente a credere che con il nuovo ordinamento, l'insegnamento debba essere ampliato a nozioni più particolareggiate rispetto al passato. In realtà, il contingente orario assegnato ai vari corsi risulta più ampio in quanto si riferisce a più discipline attualmente svolte in corsi autonomi ed in quanto comprende non solo l'attività didattica formale, ma anche l'attività didattico teorico-pratica, comprendente esercitazioni, seminari, attività tutoriale ed anche attività di studio guidata. È noto che a quest'ultima attività deve essere dedicato uno spazio preponderante (il limite minimo di tempo da dedicare loro ammonta anche a 2/3 dei tempi totali di didattica): per questi motivi l'equivalenza del monte ore da dedicare ad un insegnamento attualmente svolto in 50 ore di lezioni *ex-cathedra* risulta di 150 ore. In altri termini, la precisazione del monte ore di didattica attribuito a ciascun corso integrato non vuole essere espressione di una esigenza di ampliare in senso quantitativo le nozioni in cui si compone l'insegnamento, quanto di migliorarne l'apprendimento e l'utilizzazione pratica. Tutto ciò si può chiaramente evincere dagli obiettivi indicati nella stessa tabella XVIII, obiettivi che configurano un insegnamento essenzialmente centrato sullo sviluppo di capacità operative, sorrette da un'idonea formazione culturale, a livello di una medicina di base.
Per rimanere aderente allo spirito della tabella XVIII, il docente deve quindi essere invitato a conformare la sua attività didattica entro questi obiettivi. Essi potranno sembrare a qualcuno alquanto limitati e limitanti la tradizionale libertà didattica; ma se attuati con puntualità e con dedizione, essi sono in realtà altamente impegnativi e qualificanti. Il proposito quindi di offrire un modello programmatico al quale poter invitare - non obbligare - i docenti ad informare la propria attività didattica, appare strumento valido e necessario soprattutto nell'attuale fase di transizione dell'insegnamento della medicina.

La delimitazione degli ambiti didattici
Il compito di delimitare in un programma di riferimento gli ambiti didattici di ciascun corso integrato appare innegabilmente arduo sia per la prevedibile difficoltà di pervenire ad un accordo di tutti sui dettagli dei programmi sia per la difficoltà di stabilire criteri selettivi con i quali operare. La moderna pedagogia indica nel criterio Puiger quello più idoneo a stabilire la rilevanza di un argomento in base alla sua Prevalenza, Urgenza, possibilità di Intervento, Gravità, Esemplarità e Ricaduta. Così, per esempio, l'inserimento nel programma didattico dell'argomento "Polmonite da Legionella" appare giustificato in base alla presenza di tutti i caratteri menzionati e così pure può essere giustificato l'inserimento dell'argomento "Emoglobinuria parossistica notturna" per il suo carattere di esemplarità, se non per quello di gravità; mentre non appare giustificato, sulla base di questi criteri, l'inserimento dello "Pseudoipoparatiroidismo" o delle "Sindromi bantiane".
(È probabile che già su questi concetti vi siano pareri discordi: ma è opportuno che tali discordanze emergano, perché contribuirebbero almeno ad un chiarimento sulle definizioni e i limiti discriminanti tra preparazione di base e preparazione specialistica).

Lavoro eseguito con il contributo del Ministero Pubblica Istruzione: Finanziamento progetti di ricerca di interesse nazionale (quota 40%) 1988. Titolo: "Metodi per la formazione del medico e dello specialista".

Ma anche accettato il criterio Puiger come criterio di scelta, risulta subito chiaro che esso non può essere applicato ai contenuti di tutte le discipline. Una legge di fisica o di chimica, una nozione di anatomia e così via, non ha carattere di urgenza o di gravità o di prevalenza. Può essere provvista al massimo di minore o maggiore possibilità di "Ricaduta", intesa in termini di occasioni in cui viene utilizzata per la comprensione di fenomeni fisiopatologici e clinici a loro volta classificati rilevanti in base al criterio Puiger.
Si viene così a delineare l'esigenza di criteri distinti di valutazione degli argomenti didattici: il criterio Puiger, valido per gli argomenti tradizionalmente compresi negli insegnamenti clinici, ed il criterio che chiamerò "propedeutico" per gli argomenti tradizionalmente compresi nei corsi pre-clinici o comunque a carattere appunto propedeutico. Con il termine criterio "propedeutico" si intende infatti un criterio che prenda in considerazione ai fini dell'inserimento nei programmi di insegnamento, quelle nozioni che siano finalizzate alla comprensione degli argomenti più avanzati.
Per esemplificare l'utilizzazione di questo criterio, risulterebbe in base ad esso giustificato l'inserire nei programmi l'argomento "Logaritmi" (nel programma di matematica), in quanto finalizzato alla comprensione delle leggi esponenziali, a loro volta finalizzate alla lettura ed alla costruzione delle curve di sopravvivenza; l'argomento "interazioni tra radiazioni e materia" (nel programma di fisica) in quanto finalizzato alla comprensione dei principi generali della radiologia e delle nozioni di proteximetria; l'argomento "Probabilità condizionata" (nel programma di statistica) in quanto volte alla comprensione del valore predittivo, cioè diagnostico, dei segni clinici e così via. Potrebbe essere giudicato invece non giustificato l'inserimento in programma degli argomenti "Regole di integrazione" (programma di matematica), "Calcolo della significatività statistica" (nel programma di statistica) e via dicendo.
(Anche su queste discriminazioni è probabile vi sia disaccordo. Ma se i docenti si impegnassero a valutare le finalità cui tendono le singole nozioni comprese nel loro insegnamento anche ai fini di dimostrarne la reale validità, è probabile che ne risulterebbe un'automatica delimitazione ed una razionalizzazione degli ambiti didattici).

Non ci si può nascondere che una valutazione degli insegnamenti attuata mediante un'analisi del tipo di quella proposta, può riguardare al massimo gli *argomenti* e non le singole *nozioni*: un programma è infatti l'elenco degli argomenti e le nozioni riguardano piuttosto l'organizzazione dell'esposizione che per forza di cose è affidata al singolo docente. Ammesso pertanto che un programma di riferimento possa portare ad una delimitazione degli ambiti didattici del Corso di Laurea, è necessario ottenere il consenso ed il proposito dei singoli docenti a rivedere non solo i *contenuti* del loro insegnamento ma anche il loro *modo di insegnare*.

L'eliminazione delle ripetizioni

Una lamentela abbastanza comune che viene dallo studente riguarda il fatto che certi argomenti vengono più volte ripresi in vari momenti nel corso dell'intero arco formativo, a scapito di altri che non vengono invece sufficientemente approfonditi.
La tabella XVIII introducendo il concetto dell'insegnamento integrato ha posto rimedio a tale inconveniente, almeno là dove era possibile. Ad esempio, è stato stabilito che l'aspetto medico e l'aspetto chirurgico dei modelli di malattia debbano essere insegnati contestualmente (vedi insegnamenti dell'Area 8) eliminando le ripetizioni che attualmente intervengono tra l'insegnamento di Patologia Medica e quello di Patologia Chirurgica. Ma la Tabella non poteva eliminare le ripetizioni "verticali", cioè quelle che si verificano tra insegnamenti impartiti in anni diversi. Tipico esempio è costituito dall'argomento "Diabete mellito", di cui lo studente sente parlare già nel corso dell'apprendimento della Biochimica e sente ripetere dal Patologo generale, dal Fisiopatologo, dal Docente di malattie metaboliche, dal Docente di medicina interna per non parlare dei vari Docenti di Specialità che possono aver la necessità o sentirsi in dovere di reintrodurre nozioni generali per rendere chiari gli aspetti patologici indotti dalla malattia nel loro specifico settore di interesse.
È chiaro che tutti questi aspetti di una determinata malattia non possono essere unificati temporalmente né possono essere affidati ad un solo docente: come si potrebbe pensare di rinviare le nozioni biochimiche sulle alterazioni del metabolismo dei carboidrati all'ultimo anno di corso al solo scopo di eseguire una trattazione dell'argomento integrata tra biochimica e clinica? Né appare possibile affidare al docente di medicina interna il compito di trattare tutti gli aspetti specialistici che abbiano attinenza con questa malattia (anche se in questo caso l'integrazione didattica potrebbe essere molto più sviluppata di quanto non lo sia ora).
Un tentativo di riduzione se non di eliminazione delle ripetizioni di nozioni non può avvenire se non attraverso accordi convenzionali (non disgiunti dalla buona volontà dei docenti). A chi scrive appare abbastanza percorribile l'idea di suddividere la didattica non solo per argomenti ma anche per *"livelli di competenza"* da applicarsi, ben inteso, esclusivamente alla suddivisione dei compiti didattici (È esclusa - è bene precisarlo chiaramente - l'intenzione di avvalersi

della suddivisione proposta ai fini delle competenze di studio e di ricerca).
La suddivisione della didattica in questo modo dovrebbe consistere nell'attribuire a ciascun corso integrato non solo specifici contenuti ma anche un suo proprio livello didattico che possa delimitare gli ambiti dell'insegnamento anche di argomenti comuni. Il criterio più semplice per individuare i livelli convenzionali didattici per le discipline precliniche è quello di *livelli strutturali* come ad esempio il seguente:

Livello	Disciplina
Teorico	Fisica, Chimica, Matematica, Statistica
Atomico molecolare	Biochimica
Cellulare normale	Istologia
Cellulare patologico	Patologia generale
Descrittivo d'organo normale	Anatomia umana normale
Dinamico d'organo normale	Fisiologia
Descrittivo d'organo patologico	Anatomia Patologica
Dinamico d'organo patologico	Fisiopatologia e Patologia generale

mentre per gli insegnamenti clinici i livelli didattici dovrebbero essere costituiti da:

Produzione e interpretazione informazioni	Semeiotica, semeiotica strumentale, diagnostica per immagini
Modelli di malattia	Specialità medico-chirurgiche nei vari ambiti individuati dalla patologia d'organo
Risoluzione problemi del paziente	Medicina interna e chirurgia generale

Se ciò fosse attuato, il Biochimico dovrebbe insegnare solo i fenomeni molecolari del metabolismo glicidico, il Patologo Generale ed il Fisiopatologo le alterazioni funzionali d'organo, il Docente di malattie metaboliche il modello di malattia, il Docente di Medicina Generale i problemi clinici generali del malato diabetico, l'Oculista le alterazioni oculari secondarie al diabete e così via, rimanendo ciascuno nell'ambito didattico previsto.
Tali suddivisioni, puramente esemplificative ed ovviamente perfezionabili, non costituiscono in realtà una novità sostanziale essendo una specificazione degli ambiti didattici attualmente seguiti in via generale anche se lasciati inespressi e affidati al buon senso del singolo docente: la proposta è quindi innovativa solo nel senso di giungere ad un'esplicita individuazione concordata di tali ambiti didattici e nel senso di ottenere un impegno comune a non lasciarli inapplicati.

Conclusione

La presente esposizione dei possibili criteri di fattibilità di un programma di riferimento non ha alimentato - né pretendeva di eliminare - tutte le perplessità che un simile progetto può suscitare. Tuttavia appare opportuno non abbandonare il tentativo iniziato in seno alla Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea se non dopo averne constatato di fatto l'eventuale impercorribilità del progetto. È semmai da temere che il singolo docente, considerando quest'operazione come volta solo a limitare la sua libertà didattica e/o ad imporre una visione troppo restrittiva del suo compito didattico, anziché utilizzarlo ai fini di una riconsiderazione del suo operato di docente in rapporto alle esigenze del nuovo ordinamento didattico, lo consideri una pura esercitazione accademica inefficace sul piano pratico.
Tuttavia, se anche il risultato del lavoro che la Conferenza si accinge ad intraprendere risultasse incompleto o incompreso e quindi inapplicato, il lavoro che verrà svolto potrà sempre rappresentare, per tutti coloro che vorranno contribuire al problema - anche dall'esterno della Conferenza e anche con atteggiamenti di critica o dissenso - un'occasione per riflettere sui modi di fare didattica e sul modo di essere docenti oggi.

75012
medicina e chirurgia

75012 MED. CHIR. 0, 107-110, 1990

L'insegnamento tutoriale

Francesco Saverio Ambesi Impiombato,
Franco Cuccurullo, Guido Filogamo,
Pietro Li Voti

Le Conferenze congiunte dei Presidi e dei Presidenti dei Consigli di corso di laurea in Medicina e Chirurgia hanno promosso uno studio sulle possibilità di applicazione, nella realtà italiana dei propri corsi di laurea, di forme di insegnamento tutoriale. A questo punto diventa possibile formulare una serie di considerazioni ed avanzare proposte che, se pure non risolutive di tutti i problemi, possono costituire una base per concretare tale attività come sperimentazione.

La didattica tutoriale, nel testo della Tab. XVIII allegata al DPR 28/2/86, n. 95, è inclusa nell'aliquota di ore di didattica destinate all'insegnamento teorico-pratico. Essa viene mantenuta distinta dall'attività pratica guidata (comprendente le esercitazioni di laboratorio, l'attività assistenziale e l'attività seminariale), così come da quella integrativa. Ad essa si fa anche riferimento quando, nello stesso testo, si precisa che "il profitto realizzato nell'attività tutoriale dovrà essere necessariamente valutato nella verifica di profitto di ciascun corso integrato".

Per l'attività tutoriale è prevista l'effettuazione mediante l'affidamento di "piccoli gruppi di studenti a singoli docenti": va al riguardo rilevato che questa è l'unica forma di didattica per la quale la costituzione di piccoli gruppi di studenti è prevista e tassativamente prescritta.

Titolari dei compiti didattici impliciti nell'attività tutoriale sono i docenti di ognuna delle fasce nelle quali essi sono inseriti. Fra di essi sono inclusi a pieno titolo i ricercatori: nei loro riguardi sia nella legge di delega 21 febbraio 1980, n. 28, che nel DPR 11 luglio 1980, n. 382, si precisa che i compiti didattici dei ricercatori comprendono "le esercitazioni, la collaborazione con gli studenti nelle ricerche attinenti alle tesi di laurea e la partecipazione alla sperimentazione di nuove modalità di insegnamento ed alle connesse attività tutoriali". È però anche da tenere presente che essi non sono esclusivi titolari di tali compiti, fatto che il testo legislativo lascia intendere quando precisa che è loro affidata una "partecipazione" alle attività tutoriali, il cui disimpegno dovrebbe essere quindi primariamente di competenza dei professori.

Tuttavia, nel programmare l'attività tutoriale quale parte integrante dell'insegnamento da impartire agli studenti nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia, con l'impegno sia dei professori di ruolo che dei ricercatori, non si può non tenere conto che essa costituisce una forma di rapporto docente/discente con caratteri di continuità per un periodo che può essere più lungo di quello dedicato all'apprendimento di una singola disciplina, e con possibilità di estensione addirittura lungo tutto l'arco del corso di laurea.

Quanto sopra può svincolare tale aspetto della didattica dal collegamento con le discipline cui momento per momento lo studente dedica la sua attenzione nello svolgimento temporale del corso degli studi e collegarlo piuttosto con l'obiettivo finale della preparazione.

Ne deriva la possibilità di identificare, all'atto pratico, per la didattica tutoriale modi diversi di procedere. In una prima forma essa va intesa come integrazione della didattica teorico-pratica di un determinato corso integrato, richiedendo quindi docenti con esperienza specifica. In tal caso non può che essere demandata ai docenti titolari del corso integrato, che possono organizzare in tale forma l'aliquota della loro attività di insegnamento diversa dall'insegnamento formale. La differenziazione fra didattica tutoriale e le altre forme di didattica teorico-pratica consiste nel fatto che essa si rivolge ad un gruppo di studenti non superiore a 10-12 unità, che comporta una compartecipazione, prolungata per almeno un semestre continuativo, alle attività di gruppo sia del docente che dei discenti, che comprende nel suo contesto tutta una serie di verifiche in itinere o addirittura una continuità di verifica dell'apprendimento, di cui il docente terrà conto al momento della valutazione finale dei risultati del corso integrato. Se ne ha la possibilità, il docente può adottare una modalità tutoriale per tutto il contingente di ore di insegnamento teorico-pratico che gli competono per il corso integrato cui afferisce.

Lavoro eseguito con il contributo del Ministero Pubblica Istruzione: Finanziamento progetti di ricerca di interesse nazionale (quota 40%) 1988. Titolo: "Metodi per la formazione del medico e dello specialista".

In una seconda forma, la didattica tutoriale diviene di competenza di docenti con preparazione meno specialistica e settoriale: ciò particolarmente nell'insegnamento clinico, nel quale può prendere il posto delle tradizionali esercitazioni. Anche in tal caso piccoli gruppi di studenti sono affidati ad un docente, che però non limita la sua opera didattica esclusivamente alla materia cui egli stesso afferisce, ma la estende a tutto il contesto dell'insegnamento clinico, pur mantenendo un approfondimento selettivo nel campo che è maggiormente di sua competenza. Anche qui l'affidamento viene fatto in continuità, e non saltuariamente e con rotazione fra diversi docenti, come invece si verifica nelle esercitazioni: il periodo di attività di ogni gruppo tutoriale è prolungato per almeno un semestre, ma è forse meglio che esso duri per tutto il triennio clinico, inserendo nello stesso gruppo studenti di anni diversi.

Una terza forma di attività tutoriale (non didattica) è quella rivolta agli studenti in senso generico per orientarli nella loro attività universitaria e per illuminarli sui raccordi fra l'insegnamento che ricevono e quello che sarà loro richiesto nella futura attività professionale. Tale tipo di attività è inserita in quella di cui sopra per quanto riguarda il triennio clinico, mentre può trovare applicazione anche nel triennio preclinico come premessa alle future evoluzioni della carriera scolastica degli studenti.

In base a tale considerazione, la figura del tutor si può identificare almeno in parte con quella di un docente inserito nell'ambito professionale medico-chirurgico, più che con quella di uno studioso con preparazione strettamente specialistica o preferenzialmente scientifica. In ciò si seguirà l'orientamento adottato da alcune delle Università che hanno già maturato un'esperienza al riguardo, nelle quali il tutor assume essenzialmente la veste di animatore psicopedagogico del gruppo di studenti. Vero è che altrove al tutor si chiede una competenza specifica nell'argomento oggetto dell'attività tutoriale, ma questo comporta una diversa visione di tale attività, più limitata negli obiettivi e nella durata, con un rapporto docente/discente più episodico e transitorio ed ovviamente meno collegato con l'orientamento professionalizzante del corso degli studi.

In questa prospettiva appare opportuno, dove e quando è possibile, affidare i compiti tutoriali, almeno in parte ed in una prospettiva di integrazione fra apprendimento e formazione professionale, a ricercatori disponibili e dotati di apposita qualificazione, lasciando ai professori l'onere dell'insegnamento tradizionale e di una parte delle esercitazioni e delle attività seminariali connesse con i singoli corsi integrati, fatto salvo l'impegno di ciascun ricercatore nella disciplina cui afferisce per titolarità.
In base alle esperienze acquisite la consistenza del gruppo affidato ad ogni tutor sarà ottimale quando comprenderà non meno di cinque e non più di quindici studenti.

Ad essi il tutor, pur senza entrare nella tematica specifica delle singole discipline, sarà chiamato a dare aiuto e suggerimenti per il raggiungimento degli obiettivi didattici propri di ogni momento del curriculum degli studi sia in un rapporto individuale, che organizzando periodiche riunioni dedicate alla discussione dell'attività svolta singolarmente o collettivamente nel corso di laurea dai componenti del gruppo tutoriale, alla identificazione ed all'acquisizione dei metodi e dei mezzi didattici più utili a ciascuno ed a tutti i partecipanti per il raggiungimento degli obiettivi proposti, alla identificazione ed alla eliminazione di tutti i fattori che possano influire negativamente su tale raggiungimento.

Nella collaborazione che dovranno dare agli studenti per il raggiungimento degli obiettivi didattici, compito fondamentale dei tutors sarà il collegamento culturale e pratico fra i contenuti dell'insegnamento delle singole discipline e la loro utilizzazione nell'ambito sia degli obiettivi proprii delle aree didattiche alle quali lo studente afferirà in tempi successivi, che del complesso di conoscenze e di esperienze necessarie per un valido svolgimento dell'attività professionale che è scopo finale della preparazione conseguita nel corso di laurea. Nell'ambito di tali mansioni il tutor potrà essere un'utile guida allo studente per la scelta dei testi, l'espletamento di ricerche bibliografiche, l'adozione di adatte metodologie di studio, nonché per tutte le informazioni sullo svolgimento della didattica e sulla vita dell'Università.

Nei suoi rapporti con i singoli studenti a lui affidati il tutor si dovrà preoccupare di valutarne il grado di capacità e di preparazione ed al tempo stesso di rendere ogni discente capace di identificare da sé tali parametri sia per se stesso sia per ognuno dei componenti del gruppo, guidandolo nella identificazione spassionata degli errori e delle lacune di se stesso e degli altri, non per un semplice giudizio di merito ma per l'acquisizione di una conoscenza che possa portare all'adozione di misure adatte al superamento di tali errori e di tali lacune.

Nel lavoro di gruppo, per il raggiungimento dei suoi obiettivi, il gruppo tutoriale si impegnerà poi sia in un'attività rivolta alla soluzione di problemi singoli, contingenti e richiedenti una soluzione immediata, che in un'attività rivolta più genericamente alla preparazione finale da raggiungere con il conseguimento della laurea.

Ne derivano due tipi di procedura integrantisi fra di loro: uno, che potremo definire procedimento di base, realizzato mediante riunioni periodiche, dedicate alle problematiche di carattere generale; l'altro che sarà attuato quando se ne ravvisi la necessità e che sarà dedicato a problemi specifici, proposti dal tutor o dai singoli componenti del gruppo, potendo comportare incontri più frequenti, anche in giorni successivi e di durata proporzionata al tempo reso necessario dalla soluzione dei problemi proposti. Tutto questo senza perdere di vista o trascurare quel contatto continuativo fra discenti e tutor, che servirà, giorno per giorno, a creare un affiatamento che è fondamentale per il buon esito di tale particolare attività.

Nell'organizzazione delle riunioni, a parte l'opportunità di tenere conto delle esperienze acquisite sul-

l'importanza dell'ambiente in cui esse hanno luogo e su quella degli schemi organizzativi da seguire, il comportamento del tutor dovrà essere sempre tale da ispirare fiducia ai discenti, discutendo con loro e facendoli discutere fra loro senza imporsi ma anche senza lasciarsi sopraffare, cercando di illustrare e sintetizzare le problematiche in discussione, di guidarne lo studio e di favorirne la soluzione con l'apporto delle personali conoscenze ed esperienze.

In riferimento a quanto prescritto dalla normativa vigente circa la valutazione, in sede di verifica di profitto di ogni corso integrato, del profitto realizzato nell'attività tutoriale, ogni tutor potrà formulare, ad ogni scadenza semestrale, un giudizio sull'attività svolta da ognuno degli studenti a lui affidati, che sarà messo a disposizione delle commissioni di esame.

Dalle osservazioni sopra esposte derivano le seguenti considerazioni conclusive, che possono e debbono essere tenute presenti nell'avviare una sperimentazione di tale tipo di attività didattica:
- l'insegnamento tutoriale, attività teorico-pratica orientata sullo studente, deve essere una forma di insegnamento per problemi (non per acquisizione di nozioni), tipicamente integrato;
- l'attività tutoriale viene ufficialmente riconosciuta mediante annotazione sul registro dell'attività didattica, e si effettua creando piccoli gruppi di studenti affidati a singoli docenti con un rapporto tutor-gruppo che non è occasionale od episodico, ma periodico e duraturo, anche con l'aiuto degli altri membri del gruppo provenienti da anni diversi del corso di laurea. Essa nel nuovo ordinamento didattico costituisce indubbiamente, insieme con la didattica a piccoli gruppi, la parte prevalente della didattica da impartire nel secondo triennio degli studi medici. Ciò non toglie che possa essere utile avviarla fin dal primo triennio, se non altro per stabilire un primo contatto fra lo studente e le problematiche cliniche e professionali;

- il Tutor nel primo triennio avrà quindi fondamentalmente il compito di "aiutare" lo studente, appena giunto da un corso di studi medio-superiori, ad affrontare la situazione universitaria. In questo periodo il tutor deve essere un docente con mentalità non eccessivamente polarizzata specialisticamente; in seguito il compito tutoriale assume un carattere professionalizzante.
Tuttavia in entrambi i trienni l'azione del tutor sarà deficitaria se egli avrà un interesse solo superficiale per le problematiche dell'esercizio della medicina ed un training professionale collegato soltanto in modo remoto con la pratica della medicina, diventando egli in tal caso soltanto un mezzo adiuvante per l'insegnamento di singole discipline anziché, come deve essere, un elemento di collegamento fra i contenuti dell'insegnamento di ogni disciplina e la loro proiezione nella pratica medica;

- il gruppo tutoriale deve essere formato preferenzialmente da studenti appartenenti ad anni diversi del corso di laurea, che si influenzano reciprocamente e lavorano per uno scopo comune; la comunicazione avviene all'interno del gruppo e con il tutor ed il numero dei componenti deve essere per tale motivo necessariamente limitato. L'appartenenza dei componenti del gruppo ad anni di corso diversi serve fra l'altro alla verifica della propedeuticità degli elementi appresi e ad una integrazione fra scienza di base e medicina clinica.
Scopo è giungere alla formazione di strutture mentali di tipo deduttivo con tendenza all'autoapprendimento ed all'automantenimento delle nozioni apprese;

- al tutor va richiesta una preparazione specifica sulle modalità di svolgimento dell'attività tutoriale ed una formazione psicopedagogica con conoscenza di tecniche di comunicazione. Una sua competenza in tal senso è indispensabile: il tutor incompetente è la causa maggiore di insuccesso.

In definitiva i compiti del tutor possono essere riassunti come segue:

A - Costituire il gruppo didattico-formativo con un numero di discenti oscillante fra 5 e 12 (con un massimo di 15), preferibilmente di anni di corso differenti. È importante una valutazione iniziale della preparazione dei singoli partecipanti, in modo da garantire che i componenti possano interagire su argomenti determinati allo scopo di migliorare le loro competenze professionali.

B - Aiutare gli studenti nella definizione e nel raggiungimento degli obiettivi relativi ai problemi affrontati: le problematiche debbono essere "reali", per analogia fra insegnamento e realtà medica quotidiana.
Valgano come esempio i seguenti targets culturali proposti nel corso di laurea di Chieti: sindromi algogene, febbre, tosse ed emoftoe, dispnea, cardiopalmo, cianosi, edema, oliguria, disuria, disfagia, anoressia, stipsi, aumento e calo ponderale, ematemesi e melena, ittero, impotenza, irsutismo, prurito, iper- ed ipopigmentazione, fotosensibilità, linfoadenopatia, lipotimia, vertigini, convulsioni, amaurosi, alterazioni della motilità volontaria, atassia, tremore, acinesia, parestesie, ipo- ed iperacusia, ipersonnia ed insonnia, disfasie, confusione e delirio.

Per raggiungere gli obiettivi risulta utile il PBL (Problem Based Learnig) con sette tappe:
1) chiarimento dei termini e concetti non immediatamente comprensibili
2) definizione dei problemi
3) analisi dei problemi
4) classificazione delle possibili spiegazioni dei problemi
5) formulazione degli obiettivi didattici
6) raccolta di ulteriori informazioni
7) sintesi e verifica delle nuove informazioni acquisite.

C - Programmare e condurre le riunioni del gruppo. Esse possono essere anche lunghe, al fine di raggiungere in ciascuna riunione gli obiettivi prefissati nella sua impostazione: la durata tuttavia non deve superare, in un determinato giorno, le cinque ore. Gli intervalli fra una riunione e l'altra non saranno casuali o predeterminati in maniera uniforme ma saranno stabiliti in rapporto con le necessità e con le possibilità di migliorare le conoscenze specifiche dei componenti del gruppo.

D - Selezionare metodi e mezzi didattici. È necessario a tal fine organizzare una attività di programmazione e incontri periodici fra tutors, docenti dei corsi, rappresentanza dei discenti, con l'utile partecipazione, ove possibile, di una équipe psico-pedagogica.

E - Valutare l'attività del gruppo: cosa che può essere fatta ricorrendo a valutazioni periodiche mediante questionari di autovalutazione e verificando il miglioramento della capacità degli studenti alla soluzione dei problemi.

F - Identificare ed eliminare i fattori che possono influenzare negativamente l'attività del gruppo.

Nello svolgimento dell'attività tutoriale è fondamentale un corretto inizio dei rapporti fra tutor e componenti del gruppo: occorre sempre spiegare agli studenti che cosa ci si aspetta, presentarsi correttamente e fare in modo che ogni membro del gruppo abbia la possibilità di introdursi e di partecipare attivamente, anche se soltanto brevemente.

Il tutor rimane sempre il leader della discussione: egli agisce da moderatore introducendo i punti da trattare, dando la parola ai vari interlocutori, abbreviando o tagliando gli interventi inutili, ecc. È suo compito mantenere la discussione "nei binari" ed evitare perdite nella concentrazione sui problemi, stimolando e controllando gli sforzi individuali e risolvendo eventuali conflitti o contestazioni. I suoi interventi debbono essere indirizzati a fornire chiarimenti su aspetti dei problemi con l'apporto delle competenze di un "esperto", con risposte a domande formulate da componenti del gruppo, senza mai assumere la veste di chi tiene una lezione.

75012 MED. CHIR. 0, 111-114, 1990

Piani di studio: problemi e proposte

Carmelo Fersini, Cesare Scandellari

Come sempre, non è facile riesaminare con la necessaria incisività e completezza un argomento già trattato in precedenza.
Nell'incontro di Bari del 2 luglio 1988 la Conferenza permanente dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia tentò, riuscendovi solo in parte, di individuare i termini del problema. Alcuni di questi non sono divenuti, nel tempo, suscettibili di modificazioni, per altri invece sembrano offrirsi diversi, e forse notevoli, spunti innovativi.
A suo tempo furono prese in considerazione anzitutto le disposizioni dalla quali discendono le norme generali e le finalità dei "piani di studio": si precisò, cioè, che il problema discende dalla disposizione contenuta nel DPR 95 al IV ed al V capoverso della lettera I al sottotitolo "Programmazione annuale e piani di studio" che richiamano le precedenti norme dettate con l'art. 2 della legge 11 dicembre 1969, n. 910 ed in seguito prorogate dall'art. 4 della legge 30 novembre 1970, n. 924 "fino all'entrata in vigore della legge di riforma dell'ordinamento universitario".
Si disse inoltre che il DPR 95 (che pure è un provvedimento legislativo di modificazione dell'ordinamento universitario anche se limitato alla didattica del C.L. in Medicina e Chirurgia) richiamando la validità dei "piani di studio", testimonia della volontà del Legislatore di statuire in maniera definitiva tale istituto.
A proposito delle finalità dei piani di studio si rimarcò come queste non siano mai state apertamente indicate se non quando la legge n. 910 parla di "... esigenze di formazione culturale e di preparazione professionale dello studente." sottintenendo la configurazione di interessi specifici dello studente il quale, già nella fase della preparazione universitaria, riconosce vocazioni o sbocchi professionali ben determinati ed intende privilegiarli.
Era altresì consequenziale che la legge rendesse concretamente operativo tutto ciò ed avesse già individuato i soggetti abilitati ad esprimersi a riguardo e precisamente:
a) i singoli studenti per proporre piani di studio "diversi" da quello/i ufficiale/i
b) i Consigli di Corsi di laurea per predisporne uno o più alternativi a quello tabellare.
La realizzazione di una "diversità" o di una "alternativa" si concretizza potendo (o volendo) - per ognuno dei titolari della facoltà suddetta - sostituire qualcosa con qualcosaltro.
Si presenta quindi subito una domanda:
Cosa è possibile (o opportuno) sostituire?
Se diamo corpo all'indeterminatezza dell'interrogativo lo scomponiamo negli altri seguenti:

a. è possibile sostituire un'area intera?
La risposta non può essere che negativa se la norma dichiara come irrinunciabili "gli obbiettivi didattico-formativi propri di ciascuna area": in altre parole in ciascun piano di studio devono essere rappresentate tutte le aree didattico-formative con almeno il minimo orario consentito.

b. è possibile sostituire uno o più corsi integrati?
Dalle considerazioni che seguono sembrerebbe che ragioni di impossibilità *ex lege* ed altre di opportunità operativa rendano praticamente insostituibili anche i Corsi integrati nonostante che formalmente ciò sia consentito seppure con alcune limitazioni a proposito di motivazioni e di numero. Infatti la norma recita a loro riguardo: "essi sono organizzati per raggiungere gli obbiettivi indicati nelle singole aree".
A parte il valore generale di quest'ultima considerazione, essa vale in maniera particolare nei riguardi di alcune aree perché costituite da un unico C.I. il quale, da solo, realizza gli obbiettivi didattici e lo spazio temporale dell'area stessa.
Quindi alcuni - almeno - dei C.I. sono insostituibili ed altri potrebbero diventarlo se risorgesse l'opportunità o la necessità di dichiarare come irrinunciabili - e tutt'altro che infondatamente - alcuni corsi i cui contenuti hanno un preponderante ed essenziale valore formativo generale.
Si corre il rischio - comunque - di ripristinare antiche discriminazioni del tipo di quella tra "materie fondamentali" e "materie complementari".

Lavoro eseguito con il contributo del Ministero Pubblica Istruzione: Finanziamento progetti di ricerca di interesse nazionale (quota 40%) 1988. Titolo: "Metodi per la formazione del medico e dello specialista".

A proposito della sopprimibilità di corsi integrati, è opportuna una digressione per esaminare i testi di legge riguardanti questo argomento e che - come si vedrà - sono alquanto contradditori.

Il DPR 95/86, lettera I, comma 4, recita: "I Consigli di corso di laurea e i Consigli di Facoltà per le rispettive competenze possono predisporre, all'inizio di ogni anno accademico, ai sensi delle leggi 11 ottobre 1969 n. 910 e 30 novembre 1970 n. 924, uno o più piani di studio alternativi a quello tabellare. In tali piani di studio possono essere esclusi anche, per motivate ragioni, alcuni corsi integrati, fino ad un massimo di tre nell'intero corso di laurea (omissis). Analoga possibilità è riservata allo studente fatte salve le limitazioni previste al precedente comma."
Orbene, a parte il fatto che il Legislatore ha compiuto anche un errore di citazione della Legge 910 (che è del dicembre e non dell'ottobre 1969), va notato che quest'ultima Legge, istitutiva dei piani di studio, all'art. 2, recita: "... lo studente può predisporre un piano di studi diverso da quelli previsti dagli ordinamenti didattici in vigore, purché nell'ambito delle discipline effettivamente insegnate e nel numero di insegnamenti stabilito". Dal canto suo, la circolare ministeriale esplicativa (Circolare P.I. n. 3182 del 6 dicembre 1969) ribadisce, al punto 3, detta limitazione, affermando che la deliberazione dei piani di studio è esercitabile... (omissis)... purché sia rispettato il numero complessivo stabilito dal vigente ordinamento per l'ammissione all'esame di laurea.
Ne consegue che la condizione di non variare il numero degli insegnamenti, norma espressamente richiamata del DPR 95/86, sembra vietare la soppressione di corsi integrati, in quanto con tale soppressione verrebbe ad essere variato anche il numero degli insegnamenti dato che, nel nuovo ordinamento, non esistono insegnamenti opzionali che possano sostituire i corsi integrati che si vorrebbero sopprimere.
A questo proposito e per amore della completezza, va citata la possibilità, ammessa dalla citata circolare ministeriale 3182, di sostituire insegnamenti del corso di Medicina con discipline attivate presso altre Facoltà della stessa Università. È chiara la difficoltà di avvalersene nell'ambito del presente ordinamento, tenendo conto delle norme sull'obbligo di frequenza di 5500 ore complessive.
Questa contraddizione può - a giudizio degli scriventi - essere superata tenendo presente:
- che nell'ambito della nuova tabella XVIII risulta indefinito ciò che si deve intendere per "numero di insegnamenti stabilito": nel vecchio ordinamento tale numero era infatti quantificato come numero di esami, che attualmente è divenuto assai più elastico data la possibilità, nelle singole Sedi, di variare la semestralizzazione degli insegnamenti e quindi il numero di esami. D'altro canto, qualora ci si riferisse alle prove "contestuali", il cui numero è rigidamente fissato in 36, ciò porterebbe di conseguenza la possibilità di sopprimere, nell'ambito dei piani di studio liberi, i corsi che concorrono agli esami contestuali o accorpati;
- e soprattutto, che il comma 4 della lettera I del DPR 95/86 ripete, modificandola, la formulazione dell'art. 2 della Legge 910, recitando: "ai sensi dell'art. 2 della legge 11 dicembre 1969, n. 910 e dell'art. 4 della legge 30 novembre 1970 lo studente può presentare un piano di studi diverso da quello consigliato dalla Facoltà e previsto dal Manifesto degli studi, purché nell'ambito delle discipline attivate e nel rispetto del numero di ore dei corsi relativo a ciascuna area didattico-formativa. Il Consiglio di corso di laurea valuterà la congruità del piano di studi proposto dallo studente con il raggiungimento degli obbiettivi didattico-formativi previsti dalla presente tabella."
Orbene, tale riformulazione del disposto dell'art. 2 della legge 910 può essere interpretato sia in una forma restrittiva sia in una forma più permissiva.
In effetti, non essendo le due formulazioni (quella della legge n. 910: "... nell'ambito del numero degli insegnamenti..." e quella dell'attuale DPR:" ... nel rispetto del numero di ore...") in contrasto tra loro, l'interpretazione più restrittiva potrebbe ammettere che la formulazione del DPR, anche se più recente, non intende tanto correggere o modificare la vecchia formulazione, quanto aggiungere un vincolo nuovo, quello del rispetto delle ore assegnate a ciascuna area in aggiunta all'obbligo del rispetto del numero di esami.
Tuttavia appare giustificata e - almeno agli occhi degli scriventi più ragionevole ed opportuna - anche l'interpretazione più larga secondo cui la nuova formulazione abbia voluto correggere la vecchia, sostituendo al vincolo del numero degli insegnamenti quello del rispetto del numero di ore assegnato alle varie aree.
Invocando quest'ultima interpretazione, la facoltà di sopprimere - nell'ambito dei piani di studio liberi - fino a tre corsi integrati appare, in via di principio, ammessa dalle norme di legge.
Tenendo tuttavia presenti le considerazioni di ordine culturale (necessità di non vanificare il raggiungimento degli obbiettivi didattici e di assicurare una formazione del futuro medico globalmente completa) nonché le limitazioni (aree costituite da un solo corso integrato) più sopra riportate, è parere degli scriventi che la soppressione nell'ambito dei piani di studio liberi di interi corsi integrati debba configurarsi come provvedimento limitato a casi accuratamente selezionati e vagliato nella sua congruità dal Consiglio di Corso di laurea con particolare attenzione e rigore.

c. è possibile sostituire una o più delle discipline proprie dei C.I. nell'ambito delle aree didattico-formative?
La sostituzione di una disciplina non comporta necessariamente alcun pregiudizio al raggiungimento degli obbiettivi didattico-formativi propri dell'area, specialmente se la disciplina da sostituire rappresenta contenuti dottrinali non strettamente indispensabili alla formazione del Medico ovvero opzionali rispetto alla finalizzazione del piano di studio.
Va, a questo proposito affermato che la norma: "le discipline attivate concorrono necessariamente al corso integrato, nei limiti delle ore di didattica attribuite a ciascuna di esse dai Consigli di corso di laurea e di Facoltà per le rispettive competenze" (DPR 95/86, lettera C, ultimo comma) deve essere intesa come norma vincolante il titolare della disciplina a svolge-

re l'attività didattica nell'ambito dello specifico corso integrato e non tanto come affermazione di indispensabilità della disciplina alla didattica del corso integrato. Ciò è infatti chiaramente espresso dal testo del DPR stesso, quando recita (al medesimo paragrafo): "le discipline elencate nella tabella come afferenti ai corsi integrati non sono obbligatorie".
La possibilità di variare la didattica relativa ad una disciplina è ancora più ovvia laddove la sostituzione riguardi - come sarebbe più logico - solo parte di alcune discipline proprie dei C.I.: ad esempio, solo la quota della didattica pratico-applicativa.

d. è possibile modificare il monte-ore delle aree e/o del C.I.?
Attenuando la rigidità delle norme contenute nel DPR 95, quello del 24.5.1989, innovando alla lettera B con l'inserimento del comma seguente:
"Fermo restando l'obbligo delle anzidette 5.500 ore totali le singole Facoltà hanno la possibilità di modificare rispetto all'ordinamento tabellare la ripartizione delle ore di didattica tra le varie aree didattico-formative e pertanto anche la ripartizione tra il monte-ore del primo triennio e quello del secondo ai sensi delle leggi 11 dicembre 1969, n. 910 e 30 novembre 1970, n. 924"
fa esplicito riferimento alle disposizioni sui piani di studio per legittimare l'innovazione apportata.
In aggiunta ha consentito di suggerire l'inserimento negli Statuti d'Ateneo della seguente puntualizzazione:
"Le ore assegnate a ciascuna area possono essere ridotte o aumentate nel piano di studio-tipo in misura pari al 10% dell'orario previsto nell'ordinamento tabellare.
Il Consiglio di Corso di laurea può approvare per ciascuno studente un piano di studio che preveda, comunque, un numero di ore per ciascuna area non inferiore del 10% all'orario previsto nell'ordinamento tabellare e la concentrazione delle ore residue, in deroga al limite in aumento del 10%, per quell'area nella quale verrà svolta la tesi di laurea."
il che quantifica anche i margini operativi per le modificazioni del monte-ore delle aree e/o dei Corsi integrati.
Con la pubblicazione dei nuovi Statuti d'Ateneo, diverrà di fatto possibile studiare e predisporre un modello che preveda l'organizzazione di ogni singola area strutturata in modo da disporre di strumenti, per numerosità ed estensione, congrui ad ottenere l'alternativa e attraverso le quali realizzare le sostituzioni finalizzate agli specifici indirizzi senza incidere né sulla realizzazione degli obbiettivi né sulla frequenza oraria minima propria dell'area.

Prima di affrontare uno studio di fattibilità e, quindi, di riassumere le procedure per rendere operativa la facoltà di utilizzazione di studio diversi o alternativi rispetto a quello tabellare è pregiudiziale convenire su alcuni aspetti, tutt'altro che marginali, del problema. Anzitutto l'opportunità di applicare le opzionalità suddette ai Corsi integrati piuttosto che alle aree didattico-formative. Questo perché è nei piani di studio che si rendono subito evidenti, quasi palpabili, la quantità e la qualità sia delle riduzioni orarie che dei rimpiazzi apportati.
D'altra parte se le riduzioni orarie per i Corsi integrati saranno limitate al 10%, anche le conseguenti modificazioni a riguardo delle aree rimarrano contenute nei limiti statutari e soprattutto non potranno incidere negativamente sul conseguimento dei rispettivi obbiettivi didattici.
Altra condizione indispensabile è che la quota oraria da decurtare riguardi esclusivamente quella della didattica pratico-applicativa di ciascun Corso integrato.
Questa proposta deriva dall'assunto che nel complesso della didattica formale dell'intero corso di studi è contenuta tutta intera la componente informativa (ma anche formativa) dell'insegnamento della Medicina. Pertanto è giusto che questa venga assicurata a tutti gli studenti nella sua completezza e, quindi, per tutti i Corsi integrati indipendentemente dagli aspetti, vocazionali o non, che si intendano privilegiare.
Accanto a queste ragioni fondamentali se ne affiancano altre di carattere pratico che si riferiscono alla organizzazione didattica, agli orari, alle aule etc.
A seconda dell'estensione con cui si opererà la decurtazione del 10% nei confronti dei Corsi integrati (e, indirettamente, sulle aree) ci potremo trovare di fronte ad una "concentrazione residua" di ore, variabile tra un minimo di 0 (zero = nessun corso integrato decurtato = piano di studio-tipo) ed un massimo di 540 (cioè il 10% delle 5500 ore tabellari meno la quota del tirocinio elettivo), da utilizzarsi per una "scelta di campo", e che possono attribuirsi ad un solo Corso integrato od a più Corsi integrati, ma strettamente affini.
Tutto ciò consente l'annotazione che tale "concentrazione residua" di ore richiama assai da vicino quello che, negli Statuti riformati delle Scuole di Specializzazione si denomina "monte-ore elettivo". Esso viene ripartito - com'è noto (DPR n. 162/82) per delibera del Consiglio di Scuola e su proposta dello stesso Consiglio (analogo dei piani di studio alternativi proponibili dai C.C.L.) e/o su richiesta dei discenti (analogo dei piani di studio individuali).
Comunque, tra i due estremi già segnalati, una gamma notevole di possibili intermedi impongono alcune delle riflessioni che seguono.
La prima riguarda un'opportunità di grande rilievo: quella di non incidere sui C.I. del 1° triennio per la basilare importanza formativa della componente bio-medica del C.L., oltre che per il fatto che il 1° triennio concorrerebbe già alla eventuale opportuna amplificazione del tirocinio elettivo (area 6).
Conseguenzialmente ne deriva l'ipotesi di "manovrare" soprattutto sul monte-ore del 2° biennio, anche a ragione del fatto che prevalentemente è questo l'arco temporale nel quale gli studenti possono maturare delle "scelte" meditate, vere e credibili per un autentico indirizzo vocazionale e professionale.
Ma anche in questo "delimitato" contesto è conveniente che si precisi se il "prelievo" orario potrà riguardare uniformemente l'intero complesso dei Corsi integrati del 2° trien-

nio ovvero solo parte di questi.
Nell'ultimo caso si porrà l'interrogativo su quali dei Corsi integrati del 2° triennio, consentire la decurtazione del 10% e quali - per converso - ritenere intangibili.
A questo proposito potrebbe risultare opportuno che si conservi intero il monte-ore di quei corsi integrati di più rilevante interesse formativo o diagnostico o con il ricavo di una "concentrazione residua" di appena 200 ore.
Questo, però, nonostante che a tutta prima appaia supportato da un valido razionale, presta il fianco al rischio di instaurare nuovamente una "gerarchia" tra i corsi integrati.
Non ultima, poi, la considerazione circa la opzionalità anche di un aggancio tra il monte-ore del tirocinio elettivo (area 6) e quello cosiddetto del "monte-ore elettivo", in ispecie se quest'ultimo è di entità tale da sottintendere o esplicitare una "scelta" che riguarda anche la tesi di laurea.
A questo riguardo è opportuno dare indicazioni a proposito del quesito se un tale "cumulo" sia accettabile - a richiesta ed in ogni caso - ovvero solo se finalizzato alla preparazione della tesi di laurea.

Da tutto quanto sopra si possono trarre elementi informativi atti a far elaborare una "griglia generativa" da utilizzarsi per la formalizzazione dei "piani di studio" alternativi, e per quelli dei singoli.

In sintesi, si potrebbe configurare - per i piani di studi - una scelta opzionale che prevede:
1. corsi monografici: il DPR n. 95 ne esalta la funzione di indirizzo specifico assegnando in premio l'istituzione di una peculiare verifica di profitto, utile tanto ai fini della votazione per il C.I. di riferimento, sia agli effetti dei punteggi previsti dall'art. 13 del DPR n. 162 per i concorsi di ammissione alle Scuole di Specializzazione e nonostante che essi non costituiscano obbligo per i docenti e, comunque, siano stati inopinatamente compresi nel monte-ore della didattica delle singole discipline.
2. indirizzi specifici nell'ambito di singole aree: sostituzione del monte-ore della sola didattica pratico-applicativa di una disciplina (ad esempio: Medicina interna) con un corrispondente numero di ore - da usufruirsi sotto forma di internato - per un'altra disciplina della stessa area (ad esempio: Chirurgia generale), o viceversa, a seconda che si vogliano privilegiare studi ed addestramenti di tipo chirurgico o medico-internistico.
3. utilizzo della "concentrazione residua" di ore con o senza aggancio al monte-ore del "tirocinio elettivo" da usufruirsi sotto forma di internato nelle discipline del/i corso/i integrato/i prescelto/i.

In conclusione, si potrebbero suggerire i seguenti termini operativi:
1. inserire tra le variazioni degli statuti di Ateneo autorizzate dal DPR 24.5.1989, al titolo "Scopo, durata ed articolazione del corso" i commi seguenti:
a. "fermo restando l'obbligo delle 5500 ore etc..." incluso nel DPR suddetto:
b. "le ore assegnate a ciascuna area possono essere ridotte o aumentate nel piano di studi-tipo in misura pari al 10% previsto nell'ordinamento tabellare";

2. inserire negli statuti di Ateneo, al titolo "Programmazione annuale, piani di studio", dopo il quarto comma e prima dell'ultimo, il testo seguente:
"Nel predisporre piani di studio alternativi ovvero nell'approvare piani di studio individuali, i Consigli di Corso di laurea accerteranno che vi sia previsto che la eventuale decurtazione di ore per ciascuna area e corso integrato non risulti superiore al 10% rispetto all'orario fissato nell'ordinamento tabellare.
La concentrazione delle ore residue, in deroga al limite in aumento del 10%, potrà essere attribuita, nei piani di studio alternativi ed in quelli individuali, ad uno o più Corsi integrati di una stessa area e, comunque, affini e, inoltre, potrà essere cumulata con il monte-ore del tirocinio elettivo (area 6) o utilizzata ai fini della preparazione della tesi di laurea."

3. formalizzare un complesso di norme attuative locali che tengano conto dettagliatamente - per ciascuno dei vari settori - delle "disponibilità" concrete ad offrire gli strumenti per realizzare le richieste di piani di studio, avanzate ed accolte, oltre che per il controllo delle frequenze relative.

75012 MED. CHIR. 0, 115-118, 1990

La disciplina del trasferimento degli studenti in relazione al nuovo ordinamento didattico

Domenico Mancino

L'attivazione del nuovo ordinamento didattico dei Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, imposta dal DPR n. 95 del 28 febbraio 1986, ha originato tra gli altri, alcuni problemi inerenti alla disciplina del trasferimento degli studenti a corsi di laurea in Medicina, sia da corsi di laurea omonimi che da corsi di laurea differenti.
Tali problemi derivano principalmente:

1. dall'istituzione del numero programmato di studenti iscrivibili;
2. dalle scadenze, imposte dal R.D. 4 giugno 1938 n. 1269, tutt'ora vigenti;
3. dalla quantificazione delle ore di frequenza obbligatoria e dalla mancanza di uniformità tra le Facoltà di Medicina nel numero di ore assegnato a ciascun corso integrato e nell'articolazione della propedeuticità degli esami;
4. dalla mancanza di uniformità tra le varie Facoltà di Medicina nella distribuzione in semestri dei corsi integrati;
5. dalla mancanza di uniformità tra le varie Facoltà di Medicina circa l'anno di attivazione del nuovo ordinamento didattico;
6. dalla non uniforme contestualità di alcune prove di esame.

Alcuni di tali problemi interessano esclusivamente o principalmente la disciplina dei trasferimenti, mentre altri sono problemi che interessano anche l'applicazione del nuovo ordinamento didattico e che si riflettono sulle modalità dei trasferimenti.

A. Trasferimenti tra Corsi di laurea in medicina

1. Problemi derivati dall'istituzione del numero programmato

L'istituzione del numero programmato impone che i trasferimenti debbano essere consentiti nell'ambito dei posti disponibili.
Tale disposizione fa sorgere due problemi inerenti, rispettivamente, alle modalità di stabilire una priorità, nel caso in cui il numero delle richieste di trasferimento superi quello dei posti disponibili, e alla tempestività del provvedimento di trasferimento in relazione all'inizio anticipato (generalmente, prima settimana di ottobre) dei corsi.
Per quanto riguarda il primo problema, il criterio di priorità potrebbe basarsi sulla data di protocollo di arrivo dei fogli di congedo e/o sulla valutazione del voto di maturità o del numero degli esami sostenuti e dei voti riportati. Il primo criterio si fa preferire per ciò che si dirà in seguito.
Per quanto riguarda il secondo problema, si rimanda al punto che segue.

2. Problemi derivati dalle scadenze imposte dal R.D. n. 1269

Ai sensi dell'art. 9 del R.D. n. 1269, la domanda di trasferimento può essere presentata dallo studente al proprio Rettore dal 1° agosto al 31 dicembre, mentre non è imposto alcun termine per la risposta da parte dell'Università presso la quale si chiede il trasferimento.
Permanendo tali disposizioni legislative, pertanto, lo studente potrebbe vedere accolta la sua domanda di trasferimento e conoscere la determinazione dell'ulteriore svolgimento della sua carriera scolastica, a primo semestre ormai concluso.
Per ovviare a questo inconveniente, in attesa di quanto mai opportune disposizione legislative che anticipino il termine imposto dall'art. 9 su citato, sarebbe opportuno che gli studenti presentassero le istanze di trasferimento al più presto e che, comunque, i competenti Atenei trasmettessero i fogli di congedo con tempestività.
Lo studente, tuttavia, dovrà tener presente che dalla data del suo foglio di congedo non potrà più sostenere esami o seguire i corsi né nella Università o Facoltà di origine, perché dimesso, né nella Università in cui si chiede il trasferimento, perché non ancora accettato. Da ciò deriva che se lo studente volesse usufruire della sessione di settembre per il sostenimento di

Lavoro eseguito con il contributo del Ministero Pubblica Istruzione: Finanziamento progetti di ricerca di interesse nazionale (quota 40%) 1988. Titolo: "Metodi per la formazione del medico e dello specialista".

esami nella Facoltà di origine, non dovrebbe presentare la domanda di trasferimento prima del 1° ottobre.
Tuttavia, l'esatta disponibilità dei posti per l'accoglimento delle domande di trasferimento può essere valutata dalle Facoltà solo dopo il 5 novembre, nel caso di trasferimento al 1° anno di corso, o solo dopo il 5 dicembre, nel caso di trasferimento ad anni successivi al primo (art. 2 del D.R. n. 1269).
Lo studente, pertanto, non potrà sapere, prima delle citate date, se la sua domanda di trasferimento potrà essere accolta e, prima del 31 dicembre, se la sua domanda sarà realmente accolta, nel caso in cui il criterio di selezione si basi sul profitto.
Per ovviare a questi inconvenienti, in attesa di disposizioni che anticipino anche i termini imposti dall'art. 2 del R.D. n. 1269, si ipotizzano tre suggerimenti:

a) lo studente deve essere stimolato ad iscriversi nella Facoltà di origine, prima di chiedere il traferimento, per garantirsi un eventuale rientro;
b) nello stabilire il numero programmato di studenti da iscrivere nell'anno accademico, i Consigli di Corso di laurea e di Facoltà potrebbero riservare un numero di posti limitato ai trasferimenti e rendere pubblico tale numero nel bando per l'esame di ammissione; tale numero di posti riservati andrebbe ridimensionato di anno in anno sulla base dei posti recuperati per la non completa copertura di tutti quelli programmati per l'anno accademico precedente;
c) il criterio di priorità, nel caso in cui il numero delle richieste di trasferimento superi quello dei posti disponibili, dovrebbe basarsi sulla data di protocollo di arrivo dei fogli di congedo.

È opportuno, comunque, che il Legislatore, almeno per le Facoltà di Medicina, disponga l'anticipazione al 1° ottobre, sia dei termini per l'immatricolazione e l'iscrizione agli anni successivi al primo che di quello per la richiesta di trasferimenti.

3. *Problemi derivati dalla quantificazione delle ore di frequenza obbligatoria e dalla mancanza di uniformità tra le varie Facoltà di Medicina nel numero di ore assegnato a ciascun corso integrato e nell'articolazione della propedeuticità degli esami.*

Fatta salva l'obbligatorietà delle ore di frequenza complessive (2.200 nel 1° ciclo triennale e 3.300 ore nel 2° ciclo triennale) la maggioranza dei Consigli di Corso di laurea ha deliberato che la frequenza dei singoli corsi integrati sia obbligatoria ai fini del sostenimento degli esami relativi (art. 7 del R.D. n. 1269) ed a tal fine ha imposto un numero minimo di ore di frequenza (variabile dal 50% all'80% di quella programmata) per la concessione dell'accesso all'esame.
Da tutto ciò deriva che il debito di frequenza di un corso integrato superiore al limite per il sostenimento dell'esame va sempre recuperato. Si ritiene che tale debito di frequenza possa essere recuperato come attività teorico-pratica nell'ambito del corso integrato relativo, nel triennio di competenza.
Alcune Facoltà hanno imposto uno sbarramento didattico tra i singoli anni di corso nell'ambito del triennio, mentre altre, pur non imponendo tale tipo di sbarramento, hanno imposto una propedeuticità per il sostenimento degli esami.
Da quanto detto deriva che, negli uni e negli altri casi, indipendentemente dalla frequenza, lo studente può avanzare di carriera fino allo sbarramento amministrativo previsto o prevedibile tra 1° e 2° ciclo triennale; ciò sembra contrastare con l'art. 8 del R.D. n. 1269.
Tutto quanto riferito si riflette sulla disciplina dei trasferimenti ed impone che il foglio di congedo dello studente che si trasferisce contenga non solo l'elenco degli esami sostenuti con i relativi voti ma anche le ore di frequenza effettuate in ogni singolo corso integrato.
Nello stabilire l'entità dei debiti di frequenza dello studente che si trasferisce, il Consiglio di corso di laurea dovrà basarsi su quanto programmato dallo stesso.

4. *Problemi derivati dalla mancanza di uniformità tra le varie Facoltà di Medicina nella distribuzione in semestri dei corsi integrati.*

Gli esami dei corsi integrati monosemestrali e quelli delle due parti dei corsi integrati bisemestrali, sostenuti nell'Ateneo da cui lo studente viene trasferito, devono essere sempre convalidati dall'Ateneo o Facoltà che accoglie il trasferimento (art. 148 del R.D. 31 agosto 1933, n. 1592).
Per quanto riguarda la bisemestralizzazione di alcuni corsi integrati nei due Atenei o Facoltà coinvolti nel trasferimento, si possono verificare tre eventualità:
1) che il corso sia bisemestralizzato in entrambi le istituzioni;
2) che il corso sia bisemestralizzato solo nell'Ateneo o Facoltà che accoglie il trasferimento;
3) che il corso sia bisemestralizzato solo nell'Ateneo o Facoltà da cui lo studente si trasferisce.

Nel primo caso, si ritiene che l'esame della sola prima parte, sostenuto nell'Ateneo o Facoltà da cui lo studente si trasferisce, possa essere convalidato solo se il programma svolto, rispetto a quello vigente nella Facoltà che accoglie il trasferimento, sia identico, sia in lieve difetto (possibilità di recupero all'esame della parte seconda) o sia in eccesso (possibilità di valutare l'eccesso come credito) mentre non possa essere

convalidato, se il programma svolto sia in notevole difetto o sia sostanzialmente differente. In quest'ultimo caso potrebbe sorgere un contrasto con quanto prescritto nell'art. 148 del R.D. 31 agosto 1933 n. 1592. Da ciò deriva la necessità che il foglio di congedo dello studente che si trasferisce sia accompagnato anche dal programma che corrisponde alla parte del corso integrato bisemestrale di cui si è sostenuto l'esame.
Nel secondo caso, si ritiene che l'esame dell'intero corso integrato monosemestrale, sostenuto nell'Ateneo o Facoltà da cui lo studente si trasferisce, debba essere convalidato e che lo studente debba essere dispensato dalla frequenza di quel corso nella sede che accoglie il trasferimento, salvo recupero di un eventuale debito di frequenza.
Nel terzo caso, si ritiene che l'esame della sola prima parte, sostenuto nell'Ateneo o Facoltà da cui lo studente si trasferisce, non possa essere convalidato, ma possa essere considerato tutt'al più come credito (se c'è l'esibizione del programma) e che lo studente non possa essere dispensato dalla frequenza del corso integrato monosemestrale nella sede che accoglie il trasferimento.

5. Problemi derivati dalla mancanza di uniformità tra le varie Facoltà di Medicina circa l'anno di attivazione del nuovo ordinamento didattico.

Il nuovo ordinamento didattico è stato attivato in poche Facoltà nell'anno accademico 1987/88 (v. Napoli II), nella maggior parte delle Facoltà nell'anno accademico 1988/89, in una o due Facoltà nell'anno accademico 1989/90.
Tale difformità fa sorgere la possibilità che si chiedano trasferimenti tra sedi con ordinamenti didattici differenti nell'ambito di certi anni di corso.
Per quanto riguarda il trasferimento da Università o Facoltà in cui lo studente è tenuto a seguire il vecchio ordinamento didattico, si avanzano dubbi sulla liceità ed opportunità della sua concessione.
Tale trasferimento, tuttavia, potrebbe essere consentito se lo studente, iscrivendosi come ripetente, sia iscritto nell'anno di corso in cui vige il nuovo ordinamento didattico.
Per quanto riguarda il trasferimento da Università o Facoltà in cui lo studente è tenuto a seguire il nuovo ordinamento didattico, si ritiene che esso possa essere consentito solo nel caso in cui l'iscrizione sia al 4° anno, cioè all'inizio del 2° triennio.
Inoltre, a parità di nuovo ordinamento didattico, esiste la eventualità di richieste di trasferimento da una Università o Facoltà ad altra Università o Facoltà nel corso dell'anno accademico di immatricolazione. Si ritiene che tale trasferimento possa essere consentito, ma si manifestano dubbi sull'opportunità di tale concessione.
Infine, è da risolvere il problema inerente agli studenti immatricolati in anni accademici precedenti quello in cui è stato attivato il nuovo ordinamento didattico, che siano fuori corso di un anno di corso inferiore al sesto (per non aver rinnovato l'iscrizione agli anni successivi) e che chiedano l'iscrizione ad un anno di corso successivo che cada in un anno accademico in cui i corsi non sono più attivati secondo il vecchio ordinamento didattico.
Con l'accoglimento di una tale richiesta, lo studente si troverebbe privato del diritto-dovere della frequenza dei corsi del vecchio ordinamento didattico, non essendo proponibile che ai docenti sia imposto di tenere anche i corsi del vecchio ordinamento, in aggiunta a quelli compresi nei corsi integrati.
L'ipotesi che lo studente possa sostituire la frequenza dei corsi del suo piano di studio con la frequenza di corsi di analogo contenuto dottrinario compresi nei corsi integrati non è sempre attuabile, per la possibile variata distribuzione delle discipline negli anni di corso inerenti al nuovo ordinamento didattico.

6. Problemi derivati dalla non uniforme contestualità di alcune prove d'esame.

La contestualità di alcune prove di esame potrebbe costituire un ulteriore grave problema per la disciplina dei trasferimenti se non venissero accolti i suggerimenti scaturiti dalle Conferenze dei Presidenti di Corso di Laurea e dei Presidi di Facoltà e recepiti dal competente Ministero (v. circolare M.P.I. Div. II n. 1308 del 9 marzo 1989) circa la necessità che, anche nell'ambito delle cosiddette prove d'esame contestuali, l'esame relativo ad ogni corso integrato abbia un proprio voto.

B. Passaggi a Corsi di laurea in Medicina da Corsi di laurea differenti

L'istituzione del numero programmato impone che tali passaggi debbano essere consentiti nell'ambito del numero dei posti disponibili.
Si ritiene, inoltre, che gli studenti coinvolti in tali passaggi debbano essere sempre soggetti al nuovo ordinamento didattico dei Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e che, pertanto, non si debba consentire l'iscrizione, dello studente che ha chiesto il passaggio, ad un anno di corso in cui sia ancora vigente il vecchio ordinamento didattico.
Per questo tipo di passaggi, inoltre, a causa della quantificazione delle ore di frequenza obbligatoria nel nuovo ordinamento didattico dei Corsi di laurea in Medicina, sorgono i problemi dell'eventuale con-

validazione di esami sostenuti nel Corso di laurea che si lascia e della conseguente abbreviazione di carriera concedibili in base all'art. 10 del D.R. n. 1269.
Per la soluzione di tali problemi, nella presunzione che non sia possibile ottenere un'attestazione di frequenza esattamente quantificata da parte del Corso di laurea che si lascia, si avanzano tre ipotesi:

a) che non si concedano convalidazioni di esami e quindi abbreviazioni di carriera;
b) che si convalidino esami i cui programmi siano equivalenti a quelli dei corsi integrati corrispondenti, ma non si dispensi lo studente dalle ore di frequenza assegnate al corso integrato stesso;
c) che si convalidino esami i cui programmi siano equivalenti a quelli dei corsi integrati corrispondenti e si dispensi lo studente dalle ore di frequenza assegnate al corso integrato stesso.

Quest'ultima soluzione, la cui legalità è da verificare, è già adottata da alcune Facoltà. Tuttavia, bisogna rilevare che essa fa sorgere una disparità di trattamento tra studenti che passano da un Corso di laurea differente ad un Corso di laurea in Medicina e studenti che si trasferiscono da un Corso di laurea in Medicina ad un altro, in quanto, a questi ultimi, viene imposto il recupero del debito di frequenza.

Riferimenti legislativi

D.P.R. 28 febbraio 1986 n. 95
Art. 9 R.D. 4 giugno 1938 n. 1269 - Regolamento studenti
(Trasferimento da una ad altra Università)
Art. 19 "Ibidem"
(Passaggio da uno ad altro Corso di laurea)
Art. 2 "Ibidem"
(Termini per la domanda d'immatricolazione o iscrizione)
Art. 7 "Ibidem"
(Frequenza ed esami di profitto)
Art. 8 "Ibidem"
(Attestazione di frequenza e validità dell'anno di corso)
Art. 148 R.D. 31 agosto 1933, n. 1592
(Valore legale degli studi compiuti ed esami superati)

75012 MED. CHIR. 0, 119-121, 1990

L'insegnamento post-laurea

Aldo Pinchera

L'insegnamento post-laurea costituisce una parte fondamentale nella preparazione e nella formazione del medico, ma per consenso generale non ha ricevuto finora attenzione commisurata all'importanza del problema. Nell'insegnamento post-laurea possono essere identificate diverse componenti che schematicamente possono essere rappresentate nel modo seguente: Tirocinio, Formazione Specialistica, Formazione in Medicina Generale, Formazione Permanente. Per ciascuna di queste componenti si pongono problemi specifici che meritano un'analisi separata, sulla base della quale potranno essere identificate le carenze attuali ed impostate le misure correttive più appropriate.

1. Tirocinio Post-Laurea

Il tirocinio post-laurea è un indispensabile completamento del corso di laurea per la preparazione professionale del medico ed è previsto dalla vigente legislazione come un requisito necessario all'abilitazione all'esercizio professionale. Va però riconosciuto che nel modo in cui è attualmente praticato il tirocinio è del tutto inadeguato alle sue finalità. A questo proposito conviene prendere in considerazione i seguenti aspetti: a) l'attuale calendario degli esami di stato è incompatibile con la norma che il tirocinio deve essere svolto dopo, e non prima della laurea; b) nella massima parte dei casi il tirocinio non comporta un effettivo coinvolgimento del tirocinante nelle attività assistenziali della struttura universitaria o ospedaliera; viene perciò a mancare una condizione indispensabile per assicurare una efficace preparazione all'esercizio professionale; c) la piena frequenza del tirocinante non può essere assicurata né imposta data la mancanza di retribuzione; d) la durata prevista dalle disposizioni vigenti per il tirocinio (6 mesi) è troppo breve rispetto agli altri Paesi della Cee ed è comunque insufficiente a garantire una solida preparazione. In base a queste considerazioni possono essere proposte le seguenti misure intese a rendere efficace l'applicazione del tirocinio post-laurea: 1) Il calendario degli esami per l'abilitazione professionale dovrebbe essere adeguato allo svolgimento del tirocinio dopo il conseguimento della laurea; 2) occorre programmare e regolamentare il pieno inserimento del tirocinante nell'attività assistenziale; 3) il tirocinante va retribuito in misura adeguata; 4) la durata dei tirocinio dovrebbe essere portata ad un anno. Quest'ultimo provvedimento comporterebbe di fatto il prolungamento della durata delle Scuole di Specializzazione di un ulteriore anno: per far fronte a questo problema è stata prospettata la possibilità di inglobare il tirocinio nella specializzazione; questa soluzione renderebbe necessaria la revisione degli ordinamenti didattici, la cui fattibilità va attentamente valutata.

2. Formazione Specialistica

La formazione specialistica è istituzionalmente assicurata da corsi di specializzazione universitari. Nel quadro di un adeguamento generale alle direttive della Cee, l'intero settore delle Scuole di Specializzazione, compresi i singoli ordinamenti didattici, ha subito un profondo rinnovamento che presenta numerosi aspetti positivi. Tra questi vanno segnalati in modo particolare la drastica riduzione del numero e la razionalizzazione della tipologia delle specializzazioni, la limitazione del numero degli specializzandi, l'adeguamento della durata dei corsi, la frequenza obbligatoria.

Persistono peraltro aspetti negativi che meritano di essere attentamente vagliati, per procedere ove possibile ad una pronta correzione. Conviene innanzitutto sottolineare che l'obbligatorietà delle frequenze è di fatto gravemente ostacolata dalla mancata erogazione di fondi sufficienti per retribuire tutti gli specializzandi. Gli ordinamenti didattici seppure rinnovati, conservano tuttora una struttura troppo rigida, articolata in corsi di insegnamento tradizionale che, quanto meno sul piano istituzionale, privilegiano gli aspetti teorici e nozionistici rispetto a quelli pratici e professionali, in contrasto con il concetto largamente condiviso che "il fare" è una componente essenziale dell'apprendimento. In questo senso risulta negativo anche il mancato conferimento agli specializzandi di una graduale responsabilizzazione nella esecuzione dei compiti affidati.

Lavoro eseguito con il contributo del Ministero Pubblica Istruzione: Finanziamento progetti di ricerca di interesse nazionale (quota 40%) 1988. Titolo: "Metodi per la formazione del medico e dello specialista".

In base a queste considerazioni si possono prospettare le seguenti misure correttive: 1) la figura dello specializzando dovrebbe essere profondamente rivista e reimpostata secondo il modello di "assistente in formazione"; 2) tutti gli specializzandi dovrebbero essere retribuiti in misura adeguata al loro ruolo; 3) i corsi di insegnamento dovrebbero essere ristrutturati con una impostazione eminentemente pratico-applicativa.

Secondo gli attuali ordinamenti, gli specializzandi sono ammessi nelle Scuole dopo un tirocinio post-laurea di soli 6 mesi. Ciò può comportare l'immediato inserimento del medico in aree di sub-specializzazione, non preceduto da un periodo di formazione a carattere più generale. Si potrebbe quanto meno in parte ovviare a questo problema prolungando il tirocinio fino a 12 mesi, ma possono essere prese in considerazione altre soluzioni con la ristrutturazione delle fasi iniziali dei corsi di specializzazione. Si tratta di un problema complesso che va valutato nell'ottica di trovare un giusto equilibrio tra l'opportunità di assicurare una base formativa a carattere generale e l'esigenza di approfondire la preparazione specialistica.

Il carattere universitario è un fattore essenziale per garantire il livello culturale e scientifico dei corsi di specializzazione. Fermo restando che l'Università è la sede primaria e prevalente delle Scuole di Specializzazione, va comunque riconosciuto che sotto molteplici aspetti il funzionamento delle Scuole trae, e potrebbe trarre in misura ancora maggiore, vantaggio dalla integrazione delle strutture e del corpo docente universitari con strutture e docenti ospedalieri selezionati sulla base degli opportuni requisiti di idoneità.

3. Formazione in Medicina Generale

Il concetto che il Medico Generale costituisce una figura a sé stante, non identificabile con il medico generico né con il medico di base che opera nella comunità con un suo ruolo specifico nella gestione della salute della persona e della famiglia, ha posto il problema della Formazione in Medicina Generale. In armonia con le direttive della Cee, sono state elaborate iniziative intese ad assicurare questo tipo di preparazione attraverso un insegnamento post-laurea "ad hoc" inteso a preparare il medico ad affrontare i problemi posti dalla pratica medica in condizioni di vita reale e non "filtrata", quale quella propria degli ambienti universitari ed ospedalieri. Sono previste forme di apprendimento mediante attività cliniche guidate e attività seminariali; accanto alle strutture universitarie, ospedaliere e territoriali, le attività cliniche usufruiscono anche degli ambulatori dei medici di Medicina Generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale. Un recente decreto ministeriale ha disposto l'erogazione di borse di studio per la Formazione Specifica in Medicina Generale per la durata di due anni. Sotto vari aspetti questo decreto è fonte di perplessità e critiche, in quanto elaborato e promulgato come un provvedimento inteso a fronteggiare transitoriamente la disoccupazione dei neolaureati, piuttosto che a risolvere il problema più generale della formazione in questo settore. Va peraltro rilevato che il decreto è rimasto in larghissima parte inattuato, per ostacoli di ordine burocratico e finanziario. Indipendentemente da questi elementi contingenti, è indubbio che il problema della Formazione in Medicina Generale vada affrontato con urgenza nella sua globalità con misure che regolino e programmino questo importante settore della professione medica. In una prospettiva più o meno lontana potrebbe anche essere prospettata l'istituzione di un corso di specializzazione "ad hoc".

4. Formazione Permanente

Sottese al concetto di Formazione Permanente sono una serie di considerazioni: la preparazione del medico non si esaurisce nel corso di laurea né nelle successive specializzazioni; la scienza biomedica, come e ancor più di altre scienze, è soggetta ad una continua evoluzione; i problemi per i quali è richiesto l'intervento del medico variano. Ne deriva l'esigenza di un aggiornamento continuo, che peraltro costituisce solo una parte anche se indispensabile della Formazione Permanente; di essenziale importanza ai fini formativi sono i meccanismi di interazione tra medico e medico e tra medici e strutture del Servizio Sanitario Nazionale, nonché gli strumenti di verifica dell'apprendimento e della prestazione professionale.

La inadeguatezza delle misure intese ad assicurare questa formazione è particolarmente sentita per i medici che operano al di fuori delle strutture universitarie ed ospedaliere. La carenza sul piano dell'aggiornamento vale più sul piano qualitativo che su quello amministrativo. In effetti non mancano corsi e programmi di aggiornamento che sono forse fin troppo numerosi, ma di regola privi di qualsiasi coordinamento e di una razionale impostazione. Si tratta di iniziative prese da enti e organismi diversi (ordine dei medici, università, ospedali, enti locali e regionali, associazioni di categoria, società scientifiche) che operano senza alcun organico collegamento. Il contenuto dei corsi è spesso dettato da logiche commerciali o di interesse specifico degli organizzatori, piuttosto che da esigenze culturali e professionali. La frequenza è volontaria ed è priva di incentivi adeguati. Ancora più carenti se non nulli sono i sistemi di controllo che consentano la verifica della preparazione professionale e della qualità delle prestazioni e che al tempo stesse ne promuovano il miglioramento. Per

risolvere questi problemi possono essere prospettate le seguenti misure: 1) l'adozione di provvedimenti legislativi che disciplinino la Formazione Permanente; 2) l'istituzione di appropriati incentivi che promuovano l'aggiornamento (crediti, punteggi, gradutatorie); 3) l'applicazione di meccanismi di verifica periodica. Si rende pertanto evidente la necessità di programmare e coordinare la Formazione Permanente del Medico attraverso l'istituzione di un organismo centrale al quale potrebbero concorrere il Ministero della Sanità, il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica e la Federazione degli Ordini dei Medici. A livello periferico questo organismo si dovrebbe avvalere delle corrispondenti strutture regionali e locali.

75012
medicina e chirurgia

Ricordo di Ludovico Antonio Scuro

Giovanni Danieli

Siamo stati con lui l'ultima volta a Gubbio, nove mesi fa, per la VI Conferenza congiunta, quando già la vita cominciava a fuggire dal suo corpo e le spalle si erano fatte scheletriche e le guance incavate ed erano rimasti solo il suo sguardo, lampeggiante di intelligenza e di volontà creativa, e la sua voce così appassionata e decisa che meravigliava potesse uscire da un corpo tanto provato.
Era nato a Maglie, nell'antica terra di Otranto, in un paese dove il mare è blu e omericamente molto risonante e nel quale dalla terra rossa maestosi e stupendi si elevano verso il cielo azzurrissimo verdi olivi; da quella terra di antica civiltà si era portato dietro l'amore per la cultura, la fierezza, l'eleganza dello stile ed una certa baldanza.

Aveva compiuto i suoi studi universitari a Roma e la prima fase della formazione clinica sotto la guida di maestri indimenticati quali Cesare Frugoni, Giovanni Di Guglielmo e infine Cataldo Cassano, per seguire poi Ernico Fiaschi nelle sedi di Cagliari e di Padova, sino ad approdare a Verona, dove in venti anni di fervida attività, costruiva con entusiasmo ed energia realizzatrice una Scuola di Clinica Medica, che diveniva ben presto un centro di alta cultura, un punto di riferimento per la Medicina Interna e per lo studio delle pancreopatie.

Rimangono di lui moltissimi scritti tra cui un eccellente volume di Fisiopatologia Clinica e l'incompiuto Trattato Italiano di Medicina Interna, cui ha lavorato sino alla fine e che ora Colleghi ed Allievi completeranno nel segno della inarrestabile continuità del sapere.
Nel nostro Collegio aveva portato il peso della sua esperienza clinica e l'entusiasmo dei suoi programmi.
Vice Presidente della Conferenza e più volte Relatore, aveva definito gli obiettivi didattici specifici nell'ambito della Medicina e della Chirurgia Generale e pianificato l'insegnamento clinico del secondo triennio sulla guida di questi.
Aveva delineato i contenuti delle discipline afferenti alla Medicina Interna e la loro successione; aveva lucidamente individuato e descritto nel secondo numero di questi Quaderni, dei quali era Direttore Editoriale, i tre problemi da affrontare e da risolvere per giungere ad una concreta e coerente applicazione del nuovo Ordinamento: "la disponibilità di Docenti e di Tutori, l'acquisizione da parte dei Docenti stessi delle tecniche pedagogiche indispensabili, l'allestimento di programmi di riferimento nazionali".
Su queste linee noi stiamo muovendo, ricordando il suo insegnamento e il suo modello singolare di medico, di ricercatore e di insegnante.

75012
medicina e chirurgia

Ricordo di Carlo Ricci

Claudio M. Caldarera

Il professore Carlo Ricci è nato a Genova nel 1923 si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1948 presso l'Università di Genova.
Conseguita la libera docenza è stato nominato professore incaricato di Chimica Biologica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Siena.
Dal 1959 era professore ordinario presso la stessa Facoltà dove ha diretto l'Istituto di Chimica Biologica cui ha dato grande impulso potenziandone la strumentazione ed avviando molti giovani alla ricerca.
Il professor Ricci ha promosso con grande entusiasmo, sorretto da una non comune conoscenza dei problemi della biochimica, una assai qualificata attività di ricerca, indirizzata soprattutto sugli aspetti più strettamente correlati alla medicina.
Sono da ricordare le ricerche sui coenzimi piridinici e sul turnover dei nucleotidi tissutali che sono apparse sulle più qualificate riviste internazionali.
È Autore di circa 400 pubblicazioni scientifiche apparse su giornali italiani e stranieri e di un testo di Biochimica. Inoltre si è anche occupato di storia della Scienza ed in particolare di quella relativa al '700 pubblicando vari articoli.
Ha partecipato attivamente alla vita accademica prima come Preside della Facoltà di Farmacia e poi dal 1977 come Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Siena, dove ha dimostrato una profonda conoscenza delle normative universitarie ed una notevole capacità nell'affrontare e condurre dibattiti nell'ambito della Facoltà cercando sempre con grande equilibrio di mediare le diverse posizioni dei Docenti. Ha assunto anche la carica di Vice Presidente della Conferenza permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia. In questo incarico ha rivestito un ruolo di primo piano nel rinnovo e ammodernamento degli studi medici; inoltre ho portato anche il suo illuminato contributo di esperto dei problemi di organizzazione e di politica universitaria.
È stato anche Presidente della Socità Italiana di Biologia Sperimentale per il triennio 1982-1985 ed in quest'ultimo quadriennio è stato nominato Vice Presidente della Società Italiana di Biochimica dove ha sempre profuso con generosa capacità e spirito di servizio le sue migliori energie e le sue doti non comuni di scienziato e di uomo.
Con il professore Ricci scompare una figura di Scienziato e di Docente ricco di umanità, di fede e di personalità che lascia negli allievi e in tutti coloro che lo hanno conosciuto un grande rimpianto.

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

Presidente Prof. Luigi Frati
Segretario Prof. Giovanni Danieli

Vicepresidenti Prof. A. Pinchera, Prof. I. Panella
Past President Prof. C. M. Caldarera

Presidenti dei CCL

Ancona
Prof. Giovanni Danieli
Bari
Prof. Giuseppe De Benedictis
Bologna
Prof. Claudio Marcello Caldarera
Brescia
Prof. Giuseppe Nardi
Cagliari
Prof. Angelo Chierchi
Catania
Prof. Italo Panella
Catanzaro
Prof. Salvatore Venuta
(Preside di Facoltà)
Chieti
Prof. Domenico Gambi
Ferrara
Prof. Carmelo Fersini
Firenze
Prof. Lorenzo Federico Signorini
Genova
Prof. Sandro Pontremoli
(Preside di Facoltà)
L'Aquila
Prof. Michele Toscano
Messina
Prof. Salvatore Navarra
Milano
Prof. Luigi Allegra
Modena
Prof. Federico Manenti
Napoli
Prof. Domenico Mancino (I Fac.)
Prof. Franco Rinaldi (II Fac.)
Padova
Prof. Cesare Scandellari
Palermo
Prof. Pietro Li Voti
Parma
Prof. Amos Casti
Pavia
Prof. Luciano Tiepolo
Perugia
Prof. Alessandro Ventura
Pisa
Prof. Aldo Pinchera
Roma
Prof. Luigi Frati (La Sapienza)
Prof. Alessandro Finazzi Agrò (Tor Vergata)
Prof. Arnaldo Capelli (Univ. Cattolica)
Sassari
Prof. Alessandro Maida
Siena
Prof. Corradino Fruschelli
Torino
Prof. Sergio Curtoni
Verona
Prof. Luciano Fiore Donati
Trieste
Prof. Fulvio Bratina
Udine
Prof. Pietro Enrico Di Prampero
(Preside di Facoltà)

75012 Medicina e Chirurgia
Quaderni della Conferenza permanente
dei Presidenti dei Consigli
di Corso di laurea in Medicina e Chirurgia

Direttore editoriale, Luigi Frati
Comitato editoriale, Giuseppe De Benedictis,
Corradino Fruschelli, Pietro Li Voti,
Cesare Scandellari

Redazione, Istituto di Clinica Medica
Generale dell'Università
Ospedale Regionale,
60020 Torrette di Ancona,
tel. 071/5964201, telefax 071/888972

Segretaria di redazione, Daniela Pianosi

Amministrazione e stampa, Società editrice
Il Lavoro Editoriale, Via Tommasi 15,
60121 Ancona, tel. 071/36202,
telefax 071/32876
Corrispondenza casella postale 118, Ancona

Direttore responsabile, Giovanni Danieli

Numero zero in attesa di registrazione,
Tribunale di Ancona
Terza parte