

L'attuale fase di riorganizzazione delle Università, mediante l'adeguamento degli Statuti e dei regolamenti alla nuova Legge 240/2010, pone importanti problemi in particolare alle Facoltà ed ai Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, soprattutto per quanto attiene alle loro competenze e responsabilità, anche in rapporto alle nuove funzioni previste per i Dipartimenti.

Infatti, la Legge non parla mai esplicitamente della organizzazione dei Corsi di Studio, e dei rispettivi Consigli, che tanto ruolo hanno avuto ed hanno nello sviluppo della didattica e della andragogia medica, e rimanda agli Statuti la definizione più precisa delle competenze delle strutture di raccordo (in Italia denominate Facoltà o Scuole di Medicina) che hanno notevole rilievo proprio per l'area medica, in particolare per quanto riguarda il coordinamento dei Corsi di Studio e l'inscindibilità delle funzioni didattico-scientifico-assistenziali ed i rapporti con le Regioni e le Aziende Ospedaliero-Universitarie.

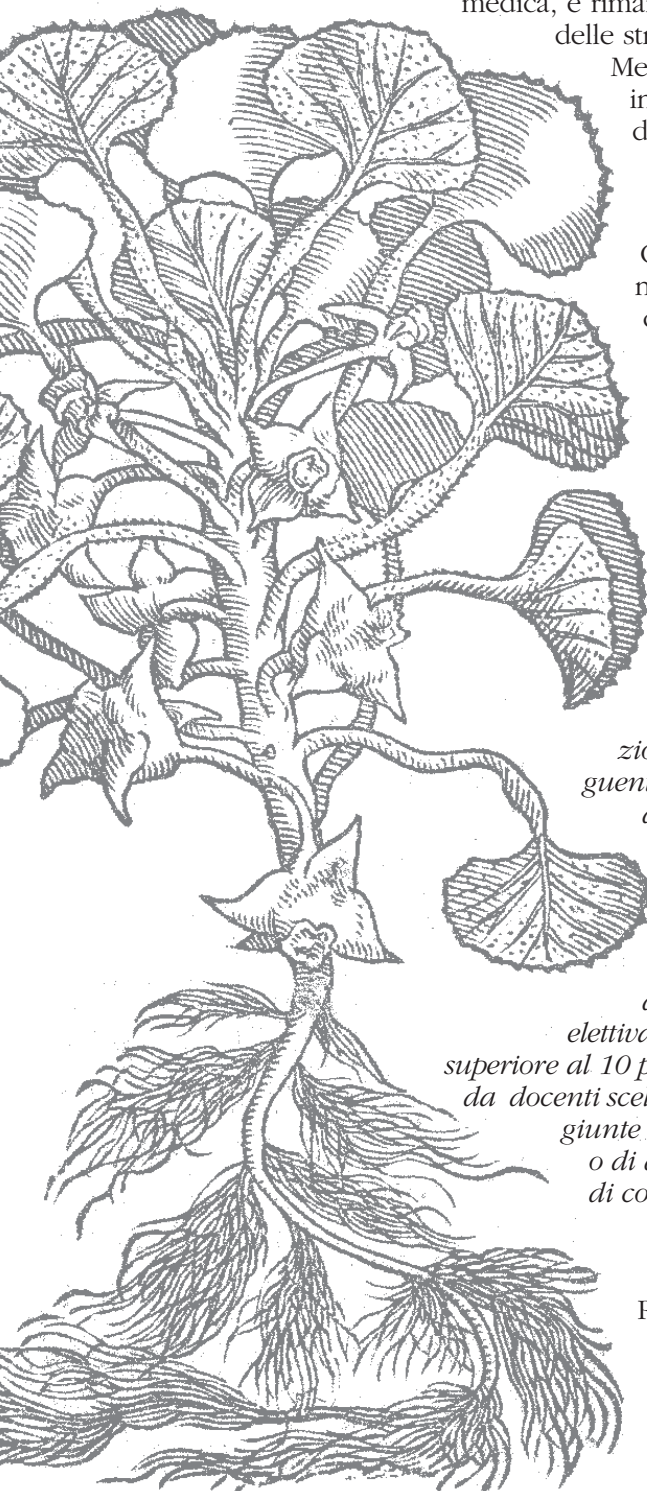
Queste considerazioni trovano fondamento nello spirito e nella lettera della Legge 240/10, che di seguito si riporta - per comodità - negli articoli interessati:

Legge 240/2010, Art. 2.2

c) previsione della facoltà di istituire tra più dipartimenti, raggruppati in relazione a criteri di affinità disciplinare, strutture di raccordo, comunque denominate, con funzioni di coordinamento e razionalizzazione delle attività didattiche, compresa la proposta di attivazione o soppressione di corsi di studio, e di gestione dei servizi comuni; previsione che, ove alle funzioni didattiche e di ricerca si affianchino funzioni assistenziali nell'ambito delle disposizioni statali in materia, le strutture assumano i compiti conseguenti secondo le modalità e nei limiti concertati con la regione di ubicazione, garantendo l'inscindibilità delle funzioni assistenziali dei docenti di materie cliniche da quelle di insegnamento e di ricerca;

f) istituzione di un organo deliberante delle strutture di cui alla lettera c), ove esistenti, composto dai direttori dei dipartimenti in esse raggruppati, da una rappresentanza elettiva degli studenti, nonché, in misura complessivamente non superiore al 10 per cento dei componenti dei consigli dei dipartimenti stessi, da docenti scelti, con modalità definite dagli statuti, tra i componenti delle giunte dei dipartimenti, ovvero tra i coordinatori di corsi di studio o di dottorato ovvero tra i responsabili delle attività assistenziali di competenza della struttura, ove previste.

Pertanto, dopo un approfondito dibattito che ha visto impegnate le Conferenze nazionali delle Facoltà e dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia nelle sedute, rispettivamente, del 23 e del 27 febbraio u.s., è stata approvata all'unanimità la mozione di seguito riportata.



MOZIONE

La Conferenza delle Facoltà di Medicina e Chirurgia riunitasi in Roma il 23 febbraio 2012

La Conferenza dei Presidenti dei CLM in Medicina e Chirurgia riunitasi in Roma il 27 febbraio 2012

VISTA la Legge 30 dicembre 2010 n. 240 "Norme in materia di organizzazione delle università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario"; VISTO in particolare l'art. 2 "Organi e articolazione interna delle Università" che

al comma 2 sub c, nello stabilire i vincoli ed i criteri direttivi che devono essere osservati per la modifica degli statuti, definisce la "previsione della facoltà di istituire tra più dipartimenti, raggruppati in relazione a criteri di affinità disciplinare, strutture di raccordo, comunque denominate, con funzioni di coordinamento e razionalizzazione delle attività didattiche, compresa la proposta di attivazione o soppressione di corsi di studio, e di gestione dei servizi comuni; previsione che, ove alle funzioni didattiche e di ricerca si affianchino funzioni assistenziali nell'ambito delle disposizioni statali in materia, le strutture assumano i compiti conseguenti secondo le modalità e nei limiti concertati con la regione di ubicazione, garantendo l'inscindibilità delle funzioni assistenziali dei docenti di materie cliniche da quelle di insegnamento e di ricerca;"

al comma 2 sub f) prevede la istituzione di un organo deliberante delle strutture di cui alla lettera c), ove esistenti, composto dai direttori dei dipartimenti in esse raggruppati, da una rappresentanza elettiva degli studenti, nonché, in misura complessivamente non superiore al 10 per cento dei componenti dei consigli dei dipartimenti stessi, da docenti scelti, con modalità definite dagli statuti, tra i componenti delle giunte dei dipartimenti, ovvero tra i coordinatori di corsi di studio o di dottorato ovvero tra i responsabili delle attività assistenziali di competenza della struttura, ove previste;

CONSIDERATO che il modello organizzativo per Facoltà/Scuole risulta essere, allo stato, il più utilizzato e funzionale a livello europeo ed italiano; VERIFICATO che in tutte le Sedi Universitarie, nei nuovi Statuti, è prevista la costituzione della struttura di raccordo prevista dalla Legge, in particolare per le esigenze specifiche dell'area medica;

VERIFICATO, altresì, che in tutte le Sedi Universitarie la costituzione della struttura di raccordo per l'Area Medica è identificata nella Facoltà o nella Scuola; VISTA la nota MIUR n. 169 del 31 gennaio 2012, che ha definito le indicazioni operative relativamente all'offerta formativa per l'anno accademico 2012/2013, in particolare nei punti ove "Si precisa inoltre che le proposte dovranno riferirsi al complesso delle nuove strutture didattiche (Dipartimenti ed eventuali strutture di raccordo cui afferiscono gli stessi) dell'Ateneo, evitando pertanto soluzioni miste che riconducano i corsi di studio in parte alle Facoltà e in parte ai Dipartimenti." VISTO l'Allegato 1 della nota - Procedura informatizzata per la trasformazione delle strutture didattiche di riferimento per l'offerta formativa degli Atenei. Indicazione delle strutture: dipartimenti ed eventuali strutture di raccordo. Afferenze

dei corsi di laurea ai dipartimenti e dei dipartimenti alle eventuali strutture di raccordo. Ove si precisa che "Qualora sia adottato un modello organizzativo che prevede anche la presenza di strutture di raccordo si ricorda che, fatte salve le specificità relative all'area medica, le strutture di raccordo sono finalizzate al coordinamento, alla razionalizzazione e alla gestione di servizi comuni delle attività didattiche di almeno due dipartimenti raggruppati secondo criteri di affinità disciplinare. A tal fine sarà possibile indicare l'afferenza dei dipartimenti alle rispettive strutture di raccordo". CONSIDERATO che i curricula dei corsi di laurea in Medicina Italiani sono stati fortemente ridisegnati in stretta relazione con i curricula europei¹, e sono ora caratterizzati da un'elevata integrazione didattica²; CONSIDERATO altresì che ciò ha modificato sostanzialmente l'organizzazione del curriculum degli studi medici³, rendendo necessaria un'integrazione interdisciplinare trasversale, e ha messo in crisi il classico modello deduttivo del curriculum medico, portando alla creazione di integrazioni interdisciplinari longitudinali⁴; TENUTO CONTO che l'integrazione trasversale si realizza con l'istituzione di corsi integrati, caratterizzati dall'articolazione di ciascun corso in più moduli disciplinari coordinati e integrati, mentre l'integrazione longitudinale si compie con l'inserimento di moduli clinici nei corsi di base e di moduli di scienze di base nei corsi clinici, finalizzati ad una richiamo continuo delle premesse scientifiche della pratica medica; TENUTO CONTO che, quindi, il curriculum delle Lauree di area medica comporta la partecipazione di numerosi Dipartimenti (da quelli delle Scienze di Base- quali Chimica, Fisica, Biologia, etc- a quelli delle Scienze Cliniche - quali Medicina Interna, Specialità Mediche, Chirurgia Generale, Chirurgia Specialistica- e dei Servizi- quali Medicina di Laboratorio, Anatomia Patologica, Radiodiagnostica, etc.) nonché la inscindibilità della didattica dalla assistenza, di responsabilità delle strutture di raccordo (Facoltà e Scuole);

all'unanimità

RITENGONO che, da un punto di vista culturale, pedagogico ed organizzativo, i Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, così come quelli di Odontoiatria e P.D. e delle Professioni Sanitarie, non possano in alcun modo essere ricondotti a responsabilità gestionali dei singoli Dipartimenti, ma debbano essere gestiti da specifici Consigli dei Corsi di Studio coordinati e razionalizzati, anche ai fini della Offerta Formativa, dalle strutture di raccordo (Facoltà e Scuole) così come previsto dalla Legge;

CHIEDONO, pertanto, agli Organi competenti (MIUR, CUN) di pronunciarsi inequivocabilmente in tal senso, per evitare disomogeneità di comportamento che sarebbero gravemente dannose per l'organizzazione e la gestione di un così importante compartimento della formazione Universitaria nel nostro Paese.

1) Frati L., Gallo P., Lenzi A., De Antoni E., Maroder M., Gaudio E. (2006): L'applicazione a Medicina del nuovo Ordinamento didattico, punto di arrivo di un processo di lunga data e punto di partenza per nuove sperimentazioni didattiche. *Med. Chir.* 31: 1200-1203.

2) Snelgrove H., Familiari G., Gallo P., Gaudio E., Lenzi A., Ziparo V., Frati L. (2009) The challenge of reform: 10 years of curricula change in Italian medical schools. *Med. Teacher* 31: 1047-1055.

3) Harden R.M. (2005) Curriculum planning and development. In: Dent J.A., Harden R.M. (eds): *A practical guide for medical teachers*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

Leinster S. (2005) The undergraduate curriculum. In: Dent J.A., Harden R.M. (eds): *A practical guide for medical teachers*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

Fish D., Coles C. (2005) *Medical education. Developing a*

curriculum for practice. Maidenhead: Open University Press. DaRosa D.A., Derossis A. (2000) Applying instructional principles to the design of curriculum. In: Distlehorst L.H., Dunington G.L., Folse J.R. (eds): *Teaching and learning in medical and surgical education. Lessons learned for the 21st century*. Mahwah: Lawrence Erlbaum

Calman K.C. (2007) *Medical education. Past, present and future. Handing on learning*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

4) World Federation for Medical Education (2003) Basic medical Education, WFME *Global Standards for Quality Improvement*, WMFE Office, University of Copenhagen, Denmark. General Medical Council (2003) *Tomorrow's Doctors. Recommendations on undergraduate medical education*. GMC, London.

Grant J (2006) *Principles of curriculum design*. Association for the Study of Medical Education, Edinburgh, pp. 1-32.

Lo stato di attuazione della legge di riforma delle Università

Sergio Stefoni, Paolo De Angelis (Bologna)

The article follows a previous discussion concerning the main contents of the law 240/10 (the University Reform), examining the legal provisions contained in the law according to the degree of implementation. The law 240/10 is a law of principles, so that it contains: rules effective immediately; rules whose implementation is assigned to the decrees that have already been adopted; rules requiring implementation decrees that are still in progress. From the analysis performed, the Authors show how the state of implementation of the law is still far from being definitive.

La Legge 240/10 di riforma delle Università è stata oggetto, negli ultimi mesi, di molteplici comment¹ che hanno avuto il merito di evidenziare aspetti positivi e negativi della Legge stessa.

Nello scorso numero di questa rivista, dopo un breve sunto della normativa che ha regolamentato l'ambito universitario nello scorso secolo², affrontammo l'aspetto inerente i rapporti tra Università e Sistema sanitario; anche questo ambito è stato oggetto di attenta analisi da parte della migliore dottrina³.

Considerato che la L. 240/10 costituisce una Legge di principi (una legge, cioè, la cui attuazione è demandata a una pluralità di atti secondari), la sua realizzazione richiede l'emanazione di molti provvedimenti attuativi

(decreti legislativi, regolamenti, decreti ministeriali).

Tanto premesso, si ritiene opportuno in questa sede compiere un brevissimo esame sullo stato di attuazione della Legge, aggiornato al 20 gennaio 2012.

Pertanto, saranno di seguito esaminate le disposizioni della legge:

- A. immediatamente operative;
- B. demandate a decreti che sono già stati adottati;
- C. demandate a decreti che sono ancora *in itinere*.

a. Disposizioni immediatamente applicabili della L. 240/10

Alcune disposizioni normative sono immediatamente applicabili e comportano, da parte delle Università, l'adozione di un atto specifico. Nelle successive tabelle sono indicati gli articoli che prevedono le principali incombenze immediatamente operative e che, dunque, impongono l'adozione di uno specifico atto da parte delle Università:

b. Disposizioni demandate a decreti che sono già stati adottati

Dei provvedimenti attuativi di stretta competenza del MIUR, a tutt'oggi soltanto 18 sono stati pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale e sono entrati, dunque, in vigore. Essi sono quelli previsti negli articoli di seguito indicati:

- Art. 2, c. 1, lett. N. Emolumenti del Direttore Generale

Articolo	Atto	Oggetto	Eventuale termine
2, c. 4	Regolamento	Codice etico	180 gg.
6, c. 4	Regolamento	Incentivazione	-----
6, c. 7	Regolamento	Modalità certificazione attività	-----
9, c. 1	Istituzione	Fondo premiale	-----
10, c.1	Istituzione	Collegio di disciplina	-----
18, c. 1	Regolamento	Chiamata professori	-----
24, c. 1	Regolamento	Ricercatori a tempo determinato	-----

Tab. 1 - Previsione espressa della L. 240/10.

Articolo	Atto	Oggetto	Eventuale termine
19	Regolamento	Dottorato di ricerca	-----
22	Regolamento	Assegni di ricerca	-----
23	Regolamento	Contratti di insegnamento	-----

Tab. 2 - Previsione desumibile dalla L. 240/10.

¹ Solo a titolo esemplificativo si veda: Bettini S., La nuova governance delle università, in Rivista trimestrale di diritto pubblico, 2011, pp. 359-379; Brancasi A., La finanza, in Giornale di diritto amministrativo, 2011, pp. 371-376; Carloni E., L'organizzazione della didattica e della ricerca, *ibidem*, pp. 366-371; Marzuoli C., Lo stato giuridico e il reclutamento: innovazioni necessarie, ma sufficienti?, *ibidem*, pp. 360-366; Merloni F., La nuova governance, *ibi-*

dem, pp. 353-359; Natalini A., La valutazione, *ibidem*, pp. 376-381.

² Per il quale si ringrazia, ora per allora, la dott.ssa Elena Montepaone.

³ Solo a titolo esemplificativo si veda: Bottari C., Tutela della salute ed organizzazione sanitaria, Giappichelli, 2011, pp. 180-183; Roversi Monaco M.G., Università e Servizio sanitario nazionale: l'azienda ospedaliera universitaria, Cedam, 2011, pp. 153-157.

- (DM 21.07.11, n. 315, in GU 31.10.11, n. 254).
- Art. 5, c. 1, lett. B; c. 4, lett. G, H, I. disciplina del dissesto finanziario delle Università e del commissariamento degli Atenei (D.Lgs. 27.10.11, n. 199, in GU 25.11.11, n. 275).
 - Art. 6, c. 9. Criteri e parametri per la valutazione delle attività didattiche e di ricerca svolte dai titolari dei contratti (D.M. 24.05.11, n. 242, in GU 21.09.11, n. 220).
 - Art. 6, c. 11. Stipulazione di convenzioni per consentire ai professori e ricercatori a tempo pieno di svolgere attività didattica e di ricerca presso altro ateneo stabilendo le modalità di ripartizione dei relativi oneri (DM 26.04.11, in GU 26.09.11, n. 224).
 - Art. 7, c. 5. Criteri e modalità per favorire la mobilità interregionale dei professori universitari che hanno prestato servizio presso corsi di laurea o sedi soppresse a seguito di procedure di razionalizzazione dell'offerta didattica (DM 26.04.11, n. 166, in GU 17.09.11, n. 217).
 - Art. 12, c. 3. Individuazione delle università telematiche finanziabili, cui spetta il contributo premiale (D.M. 25.05.11 – senza numero, in GU 23.09.11, n. 222).
 - Artt. 15 e 16. Definizione dei settori concorsuali per il conseguimento dell'abilitazione scientifica (D.M. 29.07.11, n. 336, GU 01.09.11, n. 203).
 - Art. 16, comma 2. Regolamento concernente l'attribuzione dell'abilitazione scientifica nazionale per l'accesso alla prima e alla seconda fascia dei professori universitari (D.P.R. 14.09.11, n. 222, GU 16.01.12, n. 12).
 - Art. 18, c. 1, lett. B. Definizione delle tabelle di corrispondenza tra le posizioni accademiche italiane e quelle estere (D.M. 02.05.11, n. 236, in GU 21.09.11, n. 220).
 - Art. 22, c. 7. Definizione dell'importo minimo degli assegni di ricerca (D.M. 09.03.11, n. 102, in GU 20.06.11, n. 141).
 - Art. 23, c. 2. Determinazione del trattamento economico spettante per i contratti di insegnamento (DM 21.07.11, n. 313, in GU 31.10.11, n. 254).
 - Art. 24, c. 2, lett. C. Criteri e parametri riconosciuti, anche in ambito internazionale, per la valutazione preliminare dei candidati destinatari dei contratti di cui all'art. 24 della L. 240/10 – ricercatori a tempo determinato (D.M. 25.05.11, n. 243, in GU 21.09.11, n. 220).
 - Art. 24, c. 3, lett. A. Regolamento concernente la definizione dei criteri di partecipazione di professori e ricercatori universitari a società aventi caratteristiche di spin off o start up universitari in attuazione di quanto previsto all'art. 6, comma 9, della legge 30 dicembre 2010, n. 240 (D.M. 10.08.11, n. 168, GU 17.10.11, n. 242).
 - Art. 24, c. 5. Criteri per l'individuazione con regolamento d'Ateneo degli standard qualitativi per la valutazione dei ricercatori a tempo determinato in possesso di abilitazione (D.M. 04.08.11, n. 334, in GU 26.08.11, n. 198).
 - Art. 28, c. 3. Istituzione del Fondo formazione e aggiornamento della dirigenza (DM 27.07.11 – senza nu-

mero, in GU 30.09.11, n. 228).

- Art. 29, c. 6. Definizione dei posti disponibili per l'ammissione al corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia, per l'anno accademico 2011-2012 (D.M. 05.07.11 – senza numero, in GU 01.08.11, n. 177).
- Art. 29, c. 7. Identificazione dei programmi di ricerca di alta qualificazione (DM 01.07.11 – senza numero, in GU 03.11.11, n. 256).
- Art. 29, c. 19. Criteri e modalità per la ripartizione delle risorse tra gli Atenei per premiare il merito accademico e scientifico dei docenti (DM 21.07.11, n. 314, in GU 31.10.11, n. 254).

c. Disposizioni demandate a decreti che sono ancora in itinere

E' ancora in corso l'iter di approvazione di molti importanti provvedimenti, tra i quali si segnalano quelli previsti negli articoli di seguito elencati:

- Art. 5, comma 1, lett. a), e comma 3. Valorizzazione dell'efficienza delle università e conseguente introduzione di meccanismi premiali nella distribuzione di risorse pubbliche sulla base di criteri definiti ex ante anche mediante la previsione di un sistema di accreditamento periodico delle università e la valorizzazione della figura dei ricercatori a tempo indeterminato non confermati al primo anno di attività.
- Art. 5, comma 1, lettera b) e Art. 5, comma 4, lettera A. Introduzione della contabilità economico-patrimoniale, della contabilità analitica e del bilancio unico nelle università.
- Art. 6, comma 13. Schema-tipo delle convenzioni al quale devono attenersi le Università e le Regioni per regolare i rapporti in materia di attività sanitarie svolte per conto del Servizio sanitario nazionale.
- Art. 8, commi 1 e 3 (e art. 17, comma 2, L. 400/1988). Regolamento per la disciplina del trattamento economico dei professori e dei ricercatori universitari.
- Art. 14 commi 2 e 3. Disciplina del riconoscimento dei crediti formativi universitari.
- Art. 19, comma 1. Regolamento recante criteri generali per la disciplina del dottorato di ricerca.
- Art. 20, comma 1. Attuazione del principio della valutazione tra pari per la selezione dei progetti di ricerca.
- Art. 29, comma 4. Aggiornamento del sistema database contenente i nominativi dei candidati risultati idonei a procedure di valutazione comparativa per posti di professore ordinario e associato.
- Art. 29, comma 9. Criteri per l'utilizzo delle risorse destinate al piano straordinario per la chiamata di professori universitari di seconda fascia.
- Artt. 29 (commi 9, 19, 20, 22), 18, 24 (comma 6), 6 (comma 4) e 8. Fondo di finanziamento ordinario delle università 2011.

Quello descritto è uno stato ancora molto provvisorio di attuazione della Legge di riforma; la speranza è che, presto, le Università possano contare su un impianto normativo completo ed efficiente.

L'etica della docenza

Per un insegnamento eticamente fondato nei CLM in Medicina e Chirurgia

Giuseppe Familiari (Roma), Fabrizio Consorti (Roma), Rosa Valanzano (Firenze),
Luciano Vettore (Verona), Massimo Casacchia (L'Aquila), Gilda Caruso (Bari),
Carlo Della Rocca (Roma), Pietro Gallo (Roma)

Ethics of commitment, responsibility and mutual respect are the main rules of medical teacher behavior and medical profession. In addition, medical education should be founded on the respect for individual freedom, beneficence and distributive justice, incorporating all values of professionalism as a core physician competency. At present, as a result of changes in patients' expectations, health care delivery, medical knowledge and students' requirements, ethical issues beyond medical education needs to be discussed in great detail. The present paper deals on the necessity of ethics for medical educators founded on relationships amongst individuals, rules, regulations, values and cultural influences. It discusses topics as a result of four work-discussion groups, regarding ethics of teaching, student assessment, teacher-student-patient relationships as well as undergraduate curriculum planning and development. In addition, the present paper introduces a series of forthcoming studies in this matter.

Introduzione

In occasione della 104^a riunione della CPPCdLM, tenutasi a Parma il 19 Novembre 2011, la Commissione per l'innovazione didattica e pedagogica ha tenuto un Atelier Pedagogico su un argomento di grande importanza, quello dell'etica della docenza. L'argomento è stato affrontato nel rispetto delle sue molteplici valenze, ed è stato analizzato da quattro gruppi di lavoro centrati su altrettante tematiche giudicate essenziali per una corretta *medical education*.

L'atelier pedagogico sarà seguito, nelle prossime riunioni della Conferenza, da una "Pillola Pedagogica", e da un "Forum" in cui il dibattito sarà allargato a esperienze concrete su iniziative riferite da diversi Corsi di Laurea. Le tematiche saranno quindi notevolmente approfondite e troveranno spazio nei prossimi numeri di Medicina e Chirurgia.

L'articolo affronta e introduce questo tema importante in ambito internazionale, percepito come problema su cui deve essere posta grande attenzione, perché basilare per una funzione docente efficace ed efficiente. La Funzione docen-

te deve rappresentare il punto di partenza di un processo di formazione che non si esaurisca nei sei anni di corso, ma che sia la base metodologica, etica e riflessiva che duri tutta la vita; per una vita professionale corretta.

Necessità del discorso etico nella pedagogia

L'etica è quel ramo della filosofia che studia i fondamenti oggettivi e razionali che permettono di assegnare ai comportamenti umani uno status deontologico, ovvero distinguerli in buoni, giusti, o moralmente leciti, rispetto ai comportamenti ritenuti cattivi o moralmente inappropriati.

L'etica del docente si colloca a pieno titolo all'interno del vasto corpo filosofico delle etiche professionali. L'insegnante è infatti doppiamente soggetto all'etica, in quanto formatore di competenze sociali e cognitive.

È proprio dall'azione del docente che possiamo ricavare le formule di un'etica della professionalità insegnante. L'insegnante educa (saperi, cultura, norme) e valuta (l'apprendimento e la formazione); orienta, guida e sostiene l'allievo, modellando su di lui tutto il suo operato; opera all'interno di una micro-comunità (la classe, la scuola, l'università) e partecipa attivamente ai suoi processi, ai suoi problemi, alle sue pratiche; progetta, svolge un ruolo di programmatore, di costruttore di itinerari teorici e pratici, didattici e formativi (Cambi, 2008).

E' quindi necessario che il docente si ponga il compito di fissare la propria etica, di esplicitarla, di articolarla a sua volta e di pubblicizzarla in modo adeguato.

Come costruire l'etica? Con l'esperienza formativa e con quei saperi della formazione che le sono strettamente congiunti. Fissando in norme e regole il proprio profilo e dando corpo a un codice deontologico capace di sorreggere e orientare tutto il lavoro dell'insegnante (Cambi, 2008).

L'etica del docente si colloca nel punto di unione e di tensione di tre forme etiche: l'etica dell'impegno, l'etica della responsabilità e l'etica della comunicazione; anche se la dialettica tra le forme etiche deve trovare il giusto baricentro sulla responsabilità per poter essere organicamente costruttiva.

L'etica del docente innanzi tutto reclama un'etica dell'impegno. Essa si presenta come un assumere su di sé un compito, farlo proprio, attivarlo

Gruppo di Studio per l'Innovazione Pedagogica della Conferenza Permanente dei CLM in Medicina, Coordinatore Prof. Pietro Gallo. Segretariato Italiano Studenti Medicina (SISM).

in tutto il proprio agire e conmetterlo allo scopo di quell'impegno, che è il formare, il partecipare attivamente a un processo che, insieme, coinvolge il docente e l'allievo. Impegnarsi significa collaborare, pianificare obiettivi e darsi compiti. E l'impegno si costruisce sulla comprensione e sulla fedeltà. Comprensione della differenza di colui per cui ci si impegna e fedeltà al proprio progetto, pur mutabile che sia. Senza impegno il processo formativo collassa a routine.

In secondo luogo vi è necessità di un'etica della responsabilità, sia come correlazione razionale tra mezzi e fini, quindi efficiente, controllabile, sia come investimento per il giovane, per il suo futuro, per la sua integrità possibile. Etica istituzionale da un lato, etica interpersonale dall'altro, ma in cui la responsabilità sta al centro, come dispositivo-chiave.

Poi c'è l'etica della comunicazione, che verte sull'ascolto, sul dialogo, sull'argomentazione, sulla conversazione. E' la dimensione tipica dell'insegnare, perché si fonda sulla parola, sul confronto, sullo stare insieme, gestiti in forma sempre più razional-comunicativa (Cambi, 2008).

L'etica nell'insegnamento della medicina

L'etica assume un valore particolarmente importante quando il docente, che è anche medico, dovrebbe essere rappresentativo del paradigma della professione medica, e quando lo studente, che sarà il medico del nostro prossimo futuro, si trovano in un contesto clinico e relazionale caratterizzato dalla presenza del paziente, che non sempre trova beneficio diretto nell'ambito della didattica tutoriale. Infatti, nel tipico setting clinico, in cui i docenti insegnano al letto del paziente e gli studenti sperimentano le basi del saper fare e del saper essere, i pazienti rappresentano la parte ancor più debole, perché possono essere esposti a rischi di tipo fisico, psicologico e di cura, talora senza il loro pieno consenso (Jagsi and Lehmann, 2004).

Tale complesso rapporto, quello tra docente, equipe professionale, studente e paziente, non può essere quindi lasciato alla semplice occasionalità.

Dovrebbe essere chiaro, anche se molto deve essere ancora fatto, che il rapporto tra formazione clinica, formazione medico-scientifica e formazione umanistica rappresenta un nodo cruciale nel campo della medical education, perché ne costituisce il costrutto epistemico e relazionale. I tre aspetti dovrebbero integrarsi nella consapevolezza che, per un medico, l'uno non possa darsi senza l'altro (Binetti, 2011a,b).

L'etica della medical education dovrebbe quindi basarsi sui principi di base dell'agire medico (*respect for individuals, beneficence and distributive justice*) proprio per la presenza del paziente (Jagsi and Lehmann 2004), e sui valori autentici della "professionalità" (Stern, 2006). La formazione di medici che siano anche veri professionisti dovrebbe basarsi non solo sui valori importanti dell'efficacia clinica e della medicina basata sulle evidenze (*lifelong learning, clinical effectiveness, randomized controlled trials and systematic reviews, evidence based practice, searching, appraising and presenting the evidence*), ma anche e soprattutto sui valori della responsabilità e dei rapporti interpersonali corretti (*commitment, caring, competence, integrity, confidentiality, ability to work in team, concern for the individual and the community, education and training, contributing to the knowledge base of the discipline*) e sul possesso/acquisizione di qualità umane (*creativity, the habit of truth, the sense of human dignity, tenderness, kindness, human intimacy and love*) (Stern, 2006). Se la "professionalità" costituisce l'apice della nostra formazione, all'interno di una struttura che deve essere solida ed efficiente, le basi di questa struttura devono essere rappresentate dalla competenza clinica, da buone capacità a saper comunicare e dalla ottima conoscenza dei principi etici, legali e deontologici, mentre i pilastri sono rappresentati dall'eccellenza, dall'umanità, dalla responsabilità e l'altruismo. Una buona professionalità non può esistere se non è sostenuta da queste fondamenta e da queste colonne portanti (Figura 1) (Stern, 2006).

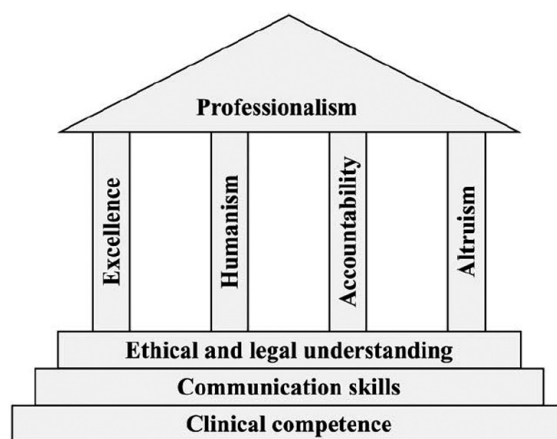


Fig. 1 - Struttura della professionalità, da Stern, 2006.

Insegnare i valori della professionalità

Numerosi esempi potrebbero essere tratti dalla

lettura di quanto organizzato a livello internazionale nei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia (Familiari, 2000; Torsoli et al., 2000; Familiari et al., 2006; Stern e Papadakis, 2006; Mueller, 2009; Snelgrove et al., 2009; Gallo, 2010; Consorti et al., 2011).

Il dato inequivocabile che emerge è quello della necessità assoluta a dover rappresentare e insegnare tutti i valori della professionalità in un contesto educativo complesso, ben programmato sia per quanto riguarda gli obiettivi didattici, che per la metodologia dell'insegnamento e la corretta valutazione dei risultati (*setting expectations, providing experiences, evaluating outcomes*), e che sia in grado di fornire le basi culturali e metodologiche corrette per lo sviluppo di tali valori nello studente (Stern e Papadakis, 2006). Anche l'insegnamento in sé è una competenza, e come tale, prevede dei core values ben definibili ed implementabili: tra questi, alcuni ne rappresentano la base, come le capacità di *learner engagement, learner centeredness, adaptability e self-reflection* (Srinivasan et al., 2011).

All'interno di un modello organizzativo ben strutturato, si trova il docente con i suoi "comportamenti" che dovrebbero essere un esempio rigoroso di professionalità e di eticità non solo nel contesto educativo, ma anche al di fuori dell'Università e dell'Ospedale. Nel processo educativo in sé stesso dovrebbe essere implicito il concetto secondo il quale il docente debba saper aiutare lo studente nell'apprendere le basi morali della pratica medica sulla base di un modello di condotta esemplare che sia rappresentativo di un vero e proprio "modello di vita" condotta su solide basi morali (Tan et al., 2011).

E' purtroppo vero che, in alcuni casi, pur mantenendo integro nella formalità il rapporto docente/studente, anche in modo inconsapevole, si possono instaurare dinamiche personali del tutto negative quali: la presenza di relazioni inappropriate, la violazione delle regole del corso su programmi od orari, la non osservanza dei propri doveri didattici, l'imposizione agli studenti di punti di vista del tutto personali, un comportamento non imparziale o l'evidenza di favoritismi, il mettere lo studente in difficoltà o denigrarlo, l'invasione della privacy dello studente, il coinvolgimento dello studente in comportamenti non etici (Larkin e Mello, 2010; Singh, 2010). Tale lista potrebbe essere ancor più lunga, ed è quindi sicuramente incompleta. Questi comportamenti, anche se tratti dalla letteratura internazionale, sono sicuramente applicabili alla realtà italiana e tali da vanificare, di fatto, qualsiasi sforzo organizzativo messo in esse-

re da chi ha responsabilità di coordinamento nel Corso di Laurea.

Una prima risposta importante a quanto evidenziato dovrebbe consistere in un miglioramento significativo delle conoscenze sulla necessità morale del senso di cooperazione sociale, della lealtà, dell'imparzialità, della reciprocità e del rispetto, valori fondanti del duplice ruolo di medico e di docente. In realtà, anche se esistono norme, codici etici e di comportamento all'interno delle Università, tuttavia pochi sono i programmi finalizzati ad insegnare ai docenti dei corsi di medicina le buone norme della pedagogia e le corrette relazioni che debbono intercorrere tra i componenti del patto formativo, con un "modus operandi" che divenga anche emblema del corso di laurea (Larkin e Mello, 2010).

Lo scopo di questo atelier pedagogico e delle altre iniziative ad esso collegate che seguiranno, si pone proprio in questo ambito.

Alcune proposte dedicate alla diffusione delle "buone pratiche" tra i docenti possono essere tratte dalla letteratura, anche se alcune di esse sarebbero difficilmente realizzabili nel nostro sistema didattico (Brooks, 1995; Glick, 2001; Gitanjali, 2004; Singh, 2010).

Innanzitutto, dovrebbe essere delineato e condiviso un chiaro documento di condotta morale, in cui siano però chiaramente descritte le sanzioni previste in caso di non osservanza (Gitanjali, 2004).

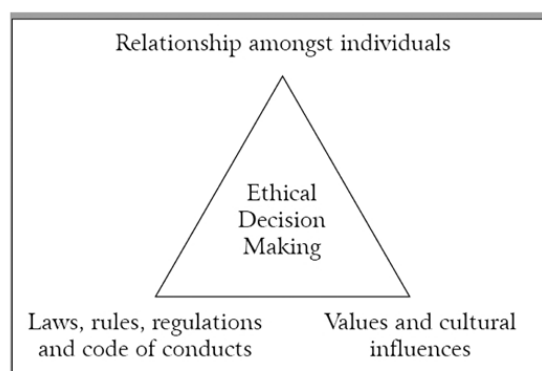
Dovrebbe poi essere attuata una attenta sorveglianza degli standard previsti per gli esami, tenendo nella giusta considerazione il fatto che chi imbrogliava agli esami, continuerà ad imbrogliare anche dopo, nel corso della carriera professionale (Brooks, 1995; Glick, 2001). Debbono pertanto essere programmate regole chiare che siano in grado di migliorare l'imparzialità e la correttezza degli esami stessi (Gitanjali, 2004).

Altro elemento interessante su cui riflettere è l'ipotesi di prevedere un regime di premialità (progressione di carriera, integrazioni economiche?) anche per il comportamento del docente, poichè gli studenti tendono a conformarsi al "modello" del loro docente, costruendo così dei modi di essere che saranno difficilmente modificabili in seguito (Singh, 2010).

Anche se i questionari degli studenti sono attualmente utilizzati dal sistema universitario italiano, pur tuttavia il feedback degli studenti andrebbe utilizzato anche per monitorizzare il comportamento ed il modo di insegnare del docente (Singh, 2010), ed il livello di professionalità dell'intero corso di laurea (Todhunder et al., 2011).

Problemi etici nell'insegnamento

Etica delle relazioni interpersonali tra gli attori della didattica



Problemi etici nella valutazione dell'apprendimento

Etica dell'organizzazione e della programmazione

Fig. 2 - I quattro laboratori di approfondimento e la Triade delle decisioni etiche, da Singh, 2010.

Infine, soprattutto chi coordina e dirige il Corso di Laurea o la Facoltà dovrebbe comportarsi in modo esemplare, anche nell'ottica del buon nome dell'Istituzione che si rappresenta (Gjtanioli, 2004).

Come può notarsi, alcune proposte sono di non facile attuazione, mentre altre potrebbero essere realizzate con semplicità; pur tuttavia, anche se il percorso può apparire complesso, esso deve essere affrontato con chiarezza, lealtà e onestà intellettuale.

Quattro laboratori di approfondimento

Il *Decision Making* dell'etica della docenza si dovrebbe fondare su tre punti chiave che possono rappresentare una triade. In primo luogo vi è l'universo delle relazioni tra i diversi "attori" interessati (*relationship amongst individuals*); in secondo luogo il rispetto delle normative, delle leggi e dei codici di condotta (*laws, rules, regulations and code of conducts*) e in ultimo, ma non per importanza, il rispetto dei valori e delle influenze culturali (*values and cultural influences*) (Figura 2) (Singh, 2010).

La commissione Innovazione Pedagogica, al termine di una serie di riunioni preparatorie nelle quali sono stati discussi tutti gli aspetti correlati a tale importante problema, ha deciso di incardina-

re la discussione in quattro laboratori di approfondimento, così definiti: Problemi etici nell'insegnamento, Etica delle relazioni interpersonali tra gli attori della didattica, Problemi etici nella valutazione dell'apprendimento, Etica dell'organizzazione e della programmazione. I quattro laboratori sono stati coordinati dai colleghi della Commissione (hanno svolto le funzioni di esperti e facilitatori), e vi hanno partecipato molti dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia presenti alla Conferenza che si è tenuta a Parma. I quattro gruppi di lavoro sono stati aperti da altrettanti trigger narrativi, opera di quattro anonimi studenti iscritti ai corsi di laurea in Medicina e Chirurgia italiani, e raccolti dagli studenti SISM. Tali contributi sono riportati integralmente.

Le conclusioni dei quattro laboratori

Al termine del lavoro nei laboratori, esperti e facilitatori dei quattro gruppi di lavoro hanno riferito in plenaria sulle conclusioni raggiunte.

Laboratorio n° 1

PROBLEMI ETICI NELL'INSEGNAMENTO:

Trigger narrativo

Sono uno studente che frequenta le lezioni, i tirocini e tutto ciò che la didattica universitaria

mi offre. Compatibilmente con la logistica quotidiana, si capisce, ma diciamo che sono presente a quasi tutte le lezioni. Perché frequentare le lezioni? Perché si è convinti che rispetto allo studio a casa sui libri la lezione possa darti qualcosa in più, che la spiegazione del professore faciliti la comprensione dell'argomento e l'esperienza del docente possa dirigere lo studio in modo mirato e critico.

A volte però, e non sono casi isolati, durante il corso di studi si assiste a lezioni che arricchiscono ben poco il nostro bagaglio culturale. Professori che arrivano tardi a lezione, che non si presentano o mandano all'ultimo uno spiazzato specializzando a fare lezione.

Durante le lezioni troppo spesso si leggono diapositive troppo scritte e troppo teoriche. Raramente si impostano le lezioni a partire dai problemi, dai casi clinici.

Per quanto riguarda i contenuti, poi, a volte si rimane un po' perplessi. Alcuni docenti che dovrebbero spiegare un argomento ed essere esaurienti, tralasciano volontariamente parti di programma, e se viene loro chiesto il motivo spesso la risposta è: "queste cose non vi serviranno, o sono troppo specialistiche", o più spesso "anche se vi parlassi della terapia non vi rimarrebbe nulla, certe cose finché non le vedete in clinica non vi rimangono".

Ma quando dovremmo vederle se a tirocinio siamo 15 in una stanza e spesso il tutor finito il breve giro visite ci dice di andare pure perché siamo troppi e non ci sarebbe comunque modo di fare niente di pratico?

Le occasioni in cui hai la fortuna che durante un tirocinio il tutor si trattenga a spiegarti qualcosa o ti coinvolga nelle attività cliniche sono rarissime e preziose. Ma la Medicina è almeno in parte un'arte e l'arte non è come le nozioni, non si impara solo dai libri, nè dalle slides delle lezioni, si impara osservando, scavando dentro noi stessi e scovando quale nel profondo del nostro cuore sia la nostra vocazione, in che modo le nostre qualità professionali ed umane vogliono mettersi al servizio del prossimo nell'ambito dell'assistenza sanitaria. Insomma, imparare la medicina è un po' imparare l'arte del guardarsi dentro e del mettere al servizio del paziente le nostre qualità migliori.

L'insegnamento è il momento formativo in cui il maestro sa di essere un anello fondamentale nella formazione del discente e perciò adotta in ogni circostanza un atteggiamento quanto più corretto ed etico possibile, perché sa che non si insegna solo quando si fa lezione, ma che un

allievo impara dal suo maestro osservandolo in ogni suo minimo gesto ed atteggiamento, per cui il suo comportamento dovrebbe essere quanto più corretto ed etico possibile.

Eppure, sono all'ordine del giorno docenti che non sono puntuali, che non ricevono gli studenti, che non sono reperibili, che non si presentano agli appuntamenti o alle lezioni, che non hanno un comportamento rispettoso verso i pazienti, gli studenti, i colleghi.

Impossibile pensare che crescere, nel momento in cui ci stiamo formando, e quindi siamo più vulnerabili, in questo ambiente e con questi esempi non influenzi il nostro futuro, professionale ed umano.

Sintesi conclusiva del dibattito

Vi sono tante implicazioni etiche nell'insegnamento che dell'insegnamento, nel senso che occorre insegnare in modo eticamente fondato e bisogna formare lo studente in Medicina all'etica medica.

Etica nell'insegnamento: l'etica deve essere alla base del patto formativo, dell'alleanza tra docente e studente. Per formare il docente ad un insegnamento etico occorre coltivare il suo umanesimo: le medical humanities non sono solo necessarie per la formazione dello studente ma anche per quella del docente. Contenuti e modalità della formazione devono tener conto di aspetti come l'educazione alla interculturalità (religiosa, di cultura, di genere...) nella relazione, l'abitudine al risparmio delle risorse come strumento etico per assicurare un più ampio accesso alla salute, e l'insegnamento del rispetto dell'integrità fisica e psicologica del malato, in particolare, e di qualunque interlocutore: lo studente deve imparare ad avere relazioni interpersonali e interprofessionali valide e non un rapporto del tipo tra fornitore di prestazione e acquirente.

Insegnamento dell'etica: non ci si può limitare ad un "corso di etica": la formazione dello studente al comportamento etico deve durare per il tutto il percorso degli studi (corsi di metodologia) e può avvalersi anche dello strumento dei casi clinici simulati nei quali possono essere inserite facilmente implicazioni etiche. Obiettivo di questa formazione è quello di creare medici che abbiano – e mostrino – dignità, tenerezza, gentilezza, umanità e amore.

Laboratorio n° 2

PROBLEMI ETICI NELLA VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO:

Trigger narrativo

Esame del terzo anno, sprint finale di ripeti-

zione del programma, studio da più libri e tanta paura di non rendere all'esame in modo consono allo studio fatto.

Il Prof. formula la sua prima domanda. Purtroppo non sembra troppo soddisfatto della mia risposta. Seconda domanda: morbo di... Su questo sono ferratissima! L'ho studiato benissimo, mi prendevo in giro da sola dicendo che ne sofrivo in forma paucisintomatica!!! Invece, ben presto, mi rendo conto che non lo sta soddisfacendo nemmeno quella risposta. Non capisco, e così, sicura di ciò che avevo studiato e con poca voglia di ripetere l'esame, gli chiedo gentilmente di potergli mostrare ciò che c'è scritto sul libro.

Mi dice, dopo averlo sfogliato con sufficienza, che avevo ragione, ma che mi consigliava di non usare quel libro. Allora gli rispondo d'istinto che in realtà quel libro ce lo aveva consigliato lui il primo giorno di lezione, tanto è vero che il primo rigo scritto nel mio quaderno sotto la data è proprio il nome del libro. Squilla il suo telefono e mi avverte che se non rispondo alla domanda successiva come vuole lui mi boccia. Fine della telefonata.

La storia non finisce qui ... Vado a parlargli il giorno dopo e mi dice che per passare l'esame decentemente avrei dovuto studiare da un altro libro molto più specialistico. Così torno a casa un po' perplessa, sicura che non avrei avuto vita facile.

Mesi dopo ho scoperto che l'autore del libro consigliato il primo giorno di lezione e il mio Prof. avevano litigato. E io durante l'esame avevo fatto presente al Prof. che quel libro, scritto dalla persona che gli aveva dato dell'incompetente solo un mese prima, ce lo aveva detto proprio lui di comprarlo!!!

Questo episodio mi ha fatto riflettere sul modo in cui noi studenti siamo valutati. Certo, magari non saremo sempre preparati e meritevoli di voti altissimi, ma le modalità di esame troppo spesso sono approssimative, sbrigative, superficiali.

Ascoltando gli studenti parlare è frequente sentire frasi del genere: "Per passare l'esame quella patologia devi farla dal libro X, il prof. la vuole da lì, poi il resto puoi studiarlo dall'altro libro", "la terapia però studiala sugli appunti, lui vuole sentirla in quel modo". Dove è finita la fantasia dello studente, l'approfondimento personale di studio nel cercare libri, articoli, trattati, ecc. se i docenti per promuovere all'esame vogliono sentirsi dire l'argomento in un determinato modo che si diffonde ben presto tra gli studenti? Preparare un esame sta diventando un conto matematico: "imparati questo paragrafo dal libro X,

questo capitolo dal libro Y, questo elenco dagli appunti, e sicuramente sarai promosso".

Per non parlare del fatto che, a parte l'aspetto teorico e nozionistico, nella valutazione non viene mai approfondita la competenza dello studente nello svolgere attività di pratica clinica (esame obiettivo, anamnesi, prelievo venoso, esplorazione rettale, ecc.) né le capacità comportamentali nell'approccio al paziente o nell'affrontare situazioni umane particolari (fine vita, disabilità, patologie psichiatriche, situazioni sociali particolari come disoccupazione, tossicodipendenza, abbandono, ecc.).

Considerando che in didattica tutto ciò che non viene valutato, o viene valutato male, non esiste, poiché è chiaro che lo studente non lo approfondirà nello studio e nella sua preparazione, siamo sicuri che questo modo di valutare sia consono alla formazione di futuri medici chirurghi capaci di svolgere al meglio la loro professione, sia dal punto di vista delle conoscenze teoriche che pratiche e comportamentali?

Sintesi conclusiva del dibattito

La valutazione dello studente ha implicazioni etiche generali nel dominio della relazione docente-studente e ne ha altre, più specifiche, nell'ambito del processo di valutazione in sé.

Deontologia ed etica della relazione docente-studente nel contesto della valutazione: in corso di esame, occorre vincere i pregiudizi sulle modalità di presentazione dello studente e imparare a controllare i condizionamenti che derivano dal suo aspetto estetico. L'esame rischia di assumere l'aspetto di una "valutazione incondizionata", di un esercizio di potere che compromette la relazione di crescita tra docente e studente: la valutazione dell'apprendimento deve essere vissuta come un'occasione di crescita dello studente e non di svalutazione della sua persona (che porta alla disperazione e all'abbandono).

Deontologia ed etica della valutazione: l'esame è un'occasione per verificare o valutare? Il concetto di valutazione è più ampio e intersoggettivo di quello della verifica: non sempre la "risposta esatta" è migliore di una risposta parzialmente inesatta ma che deriva dal ragionamento dello studente. L'etica della valutazione deve basarsi sulla formulazione di un assessment contract: all'inizio dei corsi si dovrebbe dare non il "programma di insegnamento" ma il "programma di apprendimento": le regole vanno date e poi rispettate, ma devono essere eticamente valide. Al contrario, attualmente non c'è sincronia tra insegnamento, apprendimento e valutazione:

l'insegnamento condiziona l'esame mentre dovrebbe essere l'inverso, per cui l'introduzione di un approccio etico nell'apprendimento e nella valutazione richiede un cambiamento sostanziale dell'approccio didattico. Imparare ad usare le tecniche docimologiche fa parte dell'etica dell'attribuzione del voto.

Laboratorio n° 3

ETICA DELLE RELAZIONI INTERPERSONALI TRA GLI ATTORI DELLA DIDATTICA (STUDENTI, DOCENTI E PAZIENTI):

Trigger narrativo

Una normale mattina di lezione del terzo anno di medicina. La lezione avrebbe dovuto iniziare 20 minuti fa, ma il professore non si vede. Gli studenti parlano, scherzano e ingannano il tempo.

Entra il professore. L'aula si fa improvvisamente silenziosa, un silenzio che indica rispetto, rispetto per l'arrivo del Prof, didatta e nostro punto di riferimento come esempio di comportamento e di cultura, e io sono lì tra le prime file per seguire da vicino cosa ha da offrirmi.

La lezione sta per iniziare, ma il telefono suona, mi guardo intorno, chi ha lasciato il telefono acceso a lezione? Ma il suono non viene da dietro di me, ma tutto intorno a me, dagli amplificatori. E' il prof che ha lasciato il telefonino acceso e risponde. Sarà una cosa urgente, è il primario!

E invece no, dal tono la conversazione sembra uno scambio di saluti e di battute tra amici, con tanto di appuntamento per il fine settimana...E a noi tocca ascoltare la conversazione.

Chiude dopo un po', ma non spegne il cellulare, potrebbe sempre arrivare un'altra chiamata!

Un mio collega alza la mano e con un tono critico ma educato fa notare al professore che sono stati persi più di 10 minuti di lezione per una telefonata e che gli studenti sono perplessi e un po' infastiditi.

Con estrema calma e con il sorriso sulle labbra risponde: " Potrete sopportare dieci minuti di pausa, non credo che vi dispiaccia poi così tanto riposarvi un attimo. E poi si sa, le mie ore non sono troppo intense ed estenuanti, ma i contenuti e quello che si impara sapete che sono superiori alla media delle vostre lezioni. Ad esempio, le lezioni del mio collega, il prof. X, iniziano sempre puntualissime, spaccando il minuto e durano fino alla fine delle ore, a volte anche dieci minuti in più, solo perché è logorroico e si perde, ma ditemi che sono lezioni interessanti? Insomma mica è importante quanto spieghi, ma cosa spieghi e come lo fai!"

Ci siamo guardati un po' imbarazzati. E' stato

fastidioso e spiacevole sentire un docente parlare male di un suo collega proprio con noi studenti.

Forse noi studenti meritiamo di più. Docenti che arrivano tardi a lezione, che rispondono al telefono nelle ore di lezione e parlano indisturbati in aula senza nemmeno staccare il microfono. Docenti che criticano altri colleghi certo non ci abitua ad una collaborazione e ad un team working che invece dovrebbero essere parte integrante del mestiere che andremo ad esercitare. Non vorrei un domani esercitare la professione in questo modo, con superficialità, mancanza di rispetto e autoreferenzialità, né come clinico né come docente.

Sintesi conclusiva del dibattito

Il laboratorio si è aperto con la presa d'atto che il Gruppo di lavoro Innovazione Pedagogica, che ha organizzato questo atelier, è partito dalla scelta di delimitare il campo all'etica delle relazioni che vengono agite nel contesto specifico del C.L. in Medicina. Il Gruppo ha preso atto che tali relazioni sono assai complesse ma possono essere ricondotte ad una rete che coinvolge i diversi attori della didattica: i docenti (medici), gli altri professionisti sanitari, gli studenti e i pazienti. Si è allora convenuto di identificare lo studente come l'elemento centrale di questa rete di relazioni, in quanto ne è l'anello debole, da proteggere dalle relazioni negative che si instaurano tra docenti, tra curanti e malati, e tra figure professionali diverse: tutto ciò che ostacola la formazione dello studente è un vulnus etico. Si è quindi passati ad identificare una serie di parole-chiave dell'etica in quattro specifici contesti relazionali:

Relazione docente-studente:

- Il docente deve mostrare rispetto per la persona dello studente, indipendentemente dalla sua identità di genere, dal suo credo religioso, dal gruppo etnico e sociale di appartenenza, e deve insegnare allo studente il rispetto reciproco tra studenti.

- Il docente deve aiutare lo studente a valorizzare i propri punti di forza e a minimizzare i propri punti di debolezza, stimolando l'umiltà dello studente ma evitando ogni forma di didattica per umiliazione.

- Il docente trasmette valori, stili di vita, modalità di relazioni (il saper essere, il professionalism) anche inconsapevolmente: deve divenire cosciente dell'insegnamento per induzione vitale che dà.

- Alla valutazione dell'apprendimento va affiancata quella dell'insegnamento, da farsi in modo indipendente da parte di studenti e di docenti terzi (peer review).

Relazione (docente-docente) - studente:

- Un docente non deve mai delegittimare o sconfiggere un altro docente agli occhi dello studente.
- Il rispetto per il collega non deve però andare a scapito del rispetto per lo studente (le criticità non vanno coperte ma affrontate nell'interesse dello studente). I Coordinatori (di Corso Integrato, di Semestre) devono rappresentare in modo autorevole le istanze degli studenti nei confronti dei docenti e trovare le soluzioni attuabili, formalizzando e facendo rispettare le regole del gioco, anche proponendo sanzioni.

Relazione (docente-professionista sanitario) - studente:

- Il docente-medico deve mostrare/insegnare rispetto e spirito di collaborazione con tutti i professionisti della salute.

- L'insegnamento interprofessionale ha una valenza etica in quanto coinvolge e dà piena dignità ad una serie di figure professionali diverse.

Relazione (docente-paziente)-studente:

- Il docente deve mostrare/insegnare rispetto per il paziente, per la sua persona, e insegnare allo studente a vedere in lui un partner competente nel processo di cura. Il rispetto per il paziente include la sua privacy (non portare mai il paziente in aula) e la sua integrità come persona: insegnare a rispettare il cadavere, a vedere in lui una persona deceduta, non un oggetto.

- Il docente deve presentare gli studenti ai pazienti come futuri membri della professione medica, e responsabilizzare i pazienti nella collaborazione al loro processo formativo.

- Il docente deve insegnare allo studente come stabilire un rapporto professionale corretto con il paziente ed ottenerne la compliance.

Laboratorio n° 4

ETICA DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLA PROGRAMMAZIONE

Trigger narrativo

Stamattina mi sono svegliato molto eccitato, è il mio primo giorno di tirocinio nel reparto che forse vorrei frequentare per la tesi.

Siamo in tantissimi, i tirocinanti intendo, ed io sono troppo dietro per vedere come si fa un giro visite come si deve. Non che ci sia chissà cosa da vedere, il dottore a cui faccio riferimento svolge rapidamente il suo compito di lavoro e scompare in un attimo nell'ambulatorio: "Se mi cercate sono di là".

Mi chiedo, ma non sarebbe possibile programmare il tirocinio in modo che ci sia un numero decente di studenti per ogni tutor? Non sarebbe

possibile fare in modo che il tutor che si impegna ad accompagnare gli studenti in reparto abbia tempo sufficiente per insegnar loro qualcosa? Forse non è possibile. Forse io sono giovane e vedo le cose in modo troppo semplicistico.

Mi cambio e vado a lezione.

Appena mi siedo mi accorgo che l'argomento della lezione è già stato trattato altre volte, da altri docenti, in altri corsi. Qualcuno di noi lo fa notare al docente, ma lui non è il docente del corso, è solo un medico del reparto commissionato dal professore a svolgere la lezione. Non aveva idea che l'argomento fosse già stato fatto, si scusa ma, dice, non sa di cos'altro parlarci, ha con sé solo quella lezione. Molti si alzano, altri restano, aprono altri libri, studiano.

Ancora una volta rifletto. Mi domando: possibile che nessuno sia a conoscenza dei programmi che vengono svolti nei singoli corsi e non possa inoltrarli ai docenti in modo da evitare spiacevoli sovrapposizioni? Possibile che quando un docente stila il programma delle sue lezioni non si interessi delle materie e degli argomenti che lo studente ha già studiato nei corsi precedenti e sta studiando nei corsi contemporanei al suo?

Possibile che non gli interessi quali materie lo studente conosca in modo da integrarsi alle conoscenze già fatte proprie per arricchirle? Possibile che questo non sia ritenuto importante?

Ancora una volta mi rispondo che forse sono troppo giovane, troppo semplicista. Forse c'è una ragione logica per cui quello che a me sembra ovvio in realtà risulta inattuabile.

Lo spero con tutto me stesso perché io all'Università ci vado tutti i giorni, pago le tasse, compro i libri e impiego molta della mia giornata a studiare o a seguire lezioni e tirocini. Magari non sono lo studente perfetto, ma merito comunque il massimo impegno nel cercare di fornire a me e ai miei colleghi la didattica e la formazione migliore possibile.

Vado a casa, sperando che la giornata successiva sia più produttiva.

Sintesi del dibattito

Il laboratorio si è aperto con la presa d'atto che l'imperativo etico deve superare la fase dei buoni consigli e giungere ad un livello prescrittivo: le attività di pianificazione, programmazione e organizzazione vanno rinegoziate di anno in anno e vanno comunicate agli studenti, con un patto formativo esplicito.

Si è poi convenuto che il lavoro dei responsabili didattici (dai Presidenti di CL ai Coordinatori

di Corso Integrato) si articola in tre fasi:

Pianificare: il Coordinatore deve informare e motivare, prima, e poi coinvolgere docenti e studenti interessati, perché il coinvolgimento attivo è indispensabile per ottenere risultati.

Programmare: va fatto un contratto d'onore (il patto formativo) tra docente e studente, ma questo deve essere formalizzato. Gli accordi vanno poi rispettati da una parte e dall'altra. Questo processo va rinnovato anno per anno, perché le cose cambiano.

Organizzare: l'organizzazione non può prescindere da condivisione e rispetto del patto formativo e richiede il reperimento di risorse adeguate. L'organizzazione didattica è più semplice per i corsi di base che non per quelli clinici, ma ciò non deve impedire una corretta organizzazione delle attività clinica: la complessità deve essere uno stimolo e non un ostacolo

Un commento conclusivo

I trigger narrativi elaborati da studenti dei corsi di laurea italiani non lasciano nessuno spazio all'immaginazione, descrivendo situazioni drammaticamente reali e viste da ognuno di noi.

Un ulteriore forte impulso a proseguire in questo percorso si deve trarre da uno studio longitudinale condotto sugli studenti del Jefferson Medical College, in cui si dimostra che il calo significativo di empatia negli studenti si verifica nel terzo anno. Gli autori concludono: *It is ironic that the erosion of empathy occurs during a time when the curriculum is shifting toward patient-care activities; this is when empathy is most essential* (Hojat et al., 2009).

L'atelier si è concluso con una discussione su quanto riferito dai Gruppi di lavoro e con l'invito, espresso da Pietro Gallo a nome del Gruppo Innovazione Pedagogica, ad approfondire i temi trattati nelle Sedi (in Consiglio di Corso di Laurea, in Commissione Tecnica di Programmazione, in Commissione Medical Education, in un Gruppo nominato ad hoc) in modo che il prossimo Forum possa essere una grande assise condivisa e un momento di elaborazione "alta" da parte della nostra Conferenza.

Non deve essere mai dimenticato che l'obiettivo finale è quello di assicurare la cura efficace della salute del prossimo futuro, con i futuri medici, della cui formazione abbiamo, oggi, la grande responsabilità.

Bibliografia

- 1) Binetti P. Le Scienze umane in medicina. *Medical Education & Medical Humanities*. *Med Chir* 52: 2312-2315, 2011a
- 2) Binetti P. *Medical Education & Medical Humanities*, 2a parte. *Med Chir* 53: 2366-2369, 2011b
- 3) Brooks M.H. Cheating in medical school: Cheating continues on through career. *Brit Med J* 311: 193, 1995.
- 4) Cambi F. *Introduzione alla Filosofia dell'Educazione*. Casa Editrice Laterza, 2008.
- 5) Jagsi R., Lehmann L.S. The ethics of medical education. *Brit Med J* 329: 332-334, 2004.
- 6) Consorti F., Potasso L., Toscano E. Formazione alla professionalità, una sfida antica e nuova per il CLM in Medicina. *Med Chir* 52: 2307-2311, 2011
- 7) Familiari G. Profilo Bio-psico-sociale a Roma La Sapienza, Seconda Facoltà. *Medicina e Chirurgia* 15: 557-561, 2000.
- 8) Familiari G., Falaschi P., Ziparo V. L'organizzazione didattica del corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia, Roma "La Sapienza", II Facoltà. *Medicina e Chirurgia* 32: 1291-1293, 2006.
- 9) Gallo P. Insegnare nei corsi di laurea in medicina e Odontoiatria. Editoriale L'Espresso, Roma, 2010.
- 10) Gitanjali B. Academic dishonesty in indian medical colleges. *J Postgrad Med* 50: 281-284, 2004.
- Glick S.M. Cheating at medical school. *Brit Med J* 322: 250-251, 2001.
- 11) Hojat M., Vergare M.J., Maxwell K., Brainard G.B., Herrine S.K., Isenberg G.A., Veloski J., Gonnella J.S. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med* 84: 1182-1191, 2009.
- 12) Larkin G.L., Mello M.J. Doctors without boundaries: The ethics of teacher-student relationships in academic medicine. *Acad Med* 85: 752-755, 2010.
- 13) Mueller P.S. Incorporating professionalism into medical education: the mayo clinic experience. *Kejo J Med* 58: 133-143, 2009.
- 14) Singh A. Ethics for medical educators: an overview and fallacies. *Ind J Psychol Med* 32: 83-86, 2010.
- 15) Snelgrove H., Familiari G., Gallo P., Gaudio E., Lenzi A., Ziparo V., Frati L. The challenge of reform: 10 years of curricula change in Italian Medical Schools. *Med Teach* 31: 1047-1055, 2009.
- 16) Srinivasan M., Li S.T., Meyers F.J., Pratt D.D., Collins J.B., Braddock C.B., Skeff K.M., West D.C., Henderson M., Hales R.E., Hilty D.M. Teaching as a competency: Competencies for medical educators. *Acad Med* 86:1211-1220, 2011.
- 17) Stern D.T. A framework for measuring professionalism. In: Stern D.T. ed., *Measuring Professionalism*. New York NY, Oxford University Press, pp 3-13, 2006.
- 18) Stern D.T., Papadakis M. The Developing Physician – Becoming a professional. *N Engl J Med* 355: 1794-1799, 2006.
- 19) Tan N., Sutton A., Dornan T. Morality and philosophy of medicine and education. In: Dornan T., Maren K., Scherpbier A., Spencer J. ed., *Medical Education: theory and practice*, Churchill Livingstone Elsevier, pp 3-16, 2011.
- 20) Todhunder S., Cruess S.R., Cruess R.L., Young M., Steinert Y. Developing and piloting a form for student assessment of faculty professionalism. *Adv Health Sci Educ* 15: 223-238, 2011.
- 21) Torsoli A., Cascino A., Familiari G., Gallo P., Gazzaniga P.P., Rinaldi C., Della Rocca C., Renda T., Serra P., Frati L. L'educazione medica come sperimentazione. Un'ipotesi di curriculum integrato pre-laurea. *MEDIC* 8: 204-210, 2000.



Motivazioni del ritardo nella Facoltà di Medicina

Analisi qualitativa e alcune riflessioni per un tutoraggio attivo

Manuela Merli, Gabriele Cavaggioni, Alfredo Colosimo, Carlo Della Rocca, Eliana Lai, Maurizio Marceca, Paolo Renzi, Francesco Romanelli (*Sapienza Università di Roma*)

In this study a sample of student of the Medical School of Sapienza University of Rome that do not take examinations from at least one year (dropout risk) is interviewed to determine the causes of the delay. The wide range of found motivations is described and classified. Subsequently some possible recovery strategies are proposed and in depth discussed.

Nell'ambito della commissione *Medical Education* del CCLC della "Sapienza" Università di Roma, è stato promosso un gruppo di lavoro sui motivi del ritardo e/o dell'"abbandono" degli studenti della Facoltà e sulle relative possibilità di intervento. Il Gruppo Recupero ha coinvolto i responsabili dello sportello di counseling per studenti "Fatti vivo", dell'Università.

Studenti e ritardo nell'Università

Il corso in Medicina, per la forte selezione all'ingresso, è considerato un corso con maggiore fidelizzazione (bassa frequenza di abbandono dopo il primo anno dall'iscrizione). Diversi studenti tuttavia vanno incontro ad un progressivo rallentamento del loro percorso, premessa talvolta di un abbandono vero e proprio. Questo fenomeno e le possibili azioni da intraprendere nell'ambito del recupero, sono temi che oggi suscitano notevole attenzione.

La Carta dei diritti e dei doveri degli studenti attiva dal 2008-09 include, tra fondamentali, (art.2) il diritto "a completare il proprio percorso formativo nei tempi previsti". Riporta, tra gli interventi previsti in quest'ambito dalle facoltà, l'affermazione (art. 3): "le Facoltà forniscono una assistenza individualizzata, mediante l'assegnazione di docenti come tutor". E più oltre (art. 10) chiarisce come: "finalità della didattica è quella di far sì che il numero maggiore di studenti consegua nel periodo di durata legale del corso il titolo finale, (...). L'Università attiva iniziative volte a ridurre i fenomeni della dispersione e dell'abbandono".

Si sottolinea quindi come il compito dell'Università non sia solo quello del fornire formazione e competenze qualitativamente adeguate, ma anche che ciò si compia nei tempi previsti.

Nella recente relazione del Nucleo di Valutazione del 2009-2010 della Sapienza un miglioramento del rapporto tra studenti "regolari" e "non regolari" appare di nuovo un obiettivo prioritario anche considerando che la percentuale degli stu-

deni non regolari nell'a.a.2008-2009 risulta del 35% nelle Università italiane, ma del 39% alla Sapienza (dati MIUR). Il documento richiama quindi "a un miglioramento della attività di tutoraggio passando (...) da un tutoraggio essenzialmente passivo ad un tutoraggio attivo, in grado di monitorare e contattare gli studenti, almeno quelli il cui percorso appare in affanno, per indagare sulle motivazioni e offrire aiuto." Nella stessa relazione, per quanto riguarda la Facoltà di Medicina e Chirurgia 1 è riportato che la percentuale di studenti inattivi (nessun credito acquisito nell'ultimo anno) nell'anno accademico 2008-2009 è risultato del 14,25%.

Infine nel documento del 2011, "Assicurazione della Qualità dei Corsi di Studio universitari: il modello CRUI" è riportato come "il servizio orientamento e tutorato in itinere, dovrebbe favorire un efficace avanzamento nella carriera degli studenti (...)".

Naturalmente le possibilità di un'efficace attività di recupero sono associate ad un'adeguata e tempestiva conoscenza dei risultati relativi alla carriera accademica degli studenti. E' primario attivare sistemi informatici in grado di elaborare informazioni attendibili: "relativi alla progressione nella carriera degli studenti, con riferimento, in particolare, ai passaggi da un anno di corso al successivo e alle relative dispersioni"

A questo proposito è stato recentemente attivato presso la Sapienza un sistema informatico di registrazione e monitoraggio degli studenti di tutte le facoltà (Infostud), in grado, pur con alcuni limiti, di monitorare i risultati relativi alla progressione nella carriera degli studenti iscritti.

Sulla base di tali informazioni l'Ateneo ha inviato una lettera a tutti gli studenti fuori corso, informando riguardo ad un possibile futuro aumento delle tasse per coloro che non completano gli studi nei tempi previsti e offrendo iniziative di tutoraggio da parte di studenti degli anni superiori arruolati attraverso il finanziamento di borse di collaborazione. Questo approccio tuttavia sembra aver riscosso scarso successo pur in assenza di dati ufficiali a riguardo.

Primo intervento conoscitivo

Sulla base di queste premesse abbiamo effettuato alcune riunioni nelle quali si è scelto di focalizzare l'attenzione sulle principali cause del ritardo definendole attraverso una indagine pilota di tipo

qualitativo. In particolare si è scelto di contattare studenti iscritti a Medicina che nel loro curriculum risultavano non aver svolto esami da almeno 12 mesi. Abbiamo considerato questi studenti la “punta di un iceberg” rappresentativa di coloro che sperimentano un progressivo rallentamento degli studi per varie difficoltà.

Abbiamo quindi richiesto al sistema Infostud i nominativi e i recapiti di detti studenti. La valutazione era basata sugli esami verbalizzati, acquisiti dal sistema informatico. Gli studenti del primo anno sono stati esclusi dalla valutazione in quanto al momento della richiesta (Marzo) non avevano comunque il tempo di valutazione minimo. Dalla lista ottenuta sono stati inoltre estratti i soli studenti appartenenti all’ordinamento 270, rappresentativi di una leva più recente di iscrizione.

Per stabilire il primo contatto con lo studente, si è scelto di inviare una e-mail presentandosi come un gruppo di docenti della Facoltà, spiegando brevemente il motivo della richiesta di colloquio e preannunciando un successivo contatto telefonico (Appendice 1). La e-mail veniva inviata da un sito ufficiale creato allo scopo. Questo primo contatto consentiva allo studente anche di rifiutare il colloquio, rispondendo direttamente per posta elettronica.

Nel corso del contatto telefonico è stato utilizzato un questionario semistrutturato per confermare alcune informazioni generali (età, sesso, anno di corso, condizione di fuorisede, ecc..) in parte già note, lasciando tuttavia prevalentemente spazio a quanto lo studente voleva comunicare relativamente ai motivi della sua interruzione o ritardo. La modalità del colloquio si rivolgeva soprattutto alla percezione soggettiva delle cause “A cosa attribuisce il tuo ritardo negli esami? Problemi familiari, economici, di salute, ecc...?”

Caratteristiche degli studenti contattati

Gli studenti individuati per l’invio della mail, sono stati 50, 26 maschi e 24 femmine. 13 erano studenti stranieri e 18 studenti fuorisede. La mag-

gioranza degli studenti (26) risultava iscritta al II anno, 7 al III, 6 al IV, 4 al V e 7 al VI. Tutti sono stati suddivisi in gruppi e contattati da docenti diversi. Il docente non apparteneva allo stesso CL dello studente per ridurre l’eventuale disagio nella risposta. L’esito riassuntivo dei contatti è riportato nella Tab. 1.

Circa un terzo degli studenti non è risultato rintracciabile. Dei contattati, la maggioranza ha espresso un parere positivo sull’essere stato avvicinato “attivamente”, anche quando riteneva di non avere necessità di aiuto, ma principalmente difficoltà legate a problemi definiti come “personali” (Appendice 1). Abbiamo rilevato come in alcuni casi, la scarsa abitudine ad essere contattati attivamente dalla “istituzione/facoltà” ha determinato un atteggiamento di iniziale diffidenza (“se mi chiamano sono in torto per qualcosa”) che è stato tuttavia superato iniziando il colloquio in modo “amichevole”. Le nostre modalità di approccio erano state discusse nelle riunioni preliminari per essere il più possibile uniformi. (Tab. 2)

Problematiche emerse

Le problematiche degli studenti che non hanno effettuato esami da 12 mesi sono risultate di varia origine (Appendice 2). Alcuni studenti lavoratori, pur con difficoltà, preferiscono restare nel corso regolare piuttosto che usufruire delle facilitazioni offerte. Alcuni studenti stranieri hanno incontrato numerose difficoltà di ordine burocratico amministrativo. Difficoltà relative all’organizzazione didattica o a specifici ostacoli nel superamento di un esame sono ammesse raramente dagli studenti a fronte dei vari problemi personali. A volte tuttavia possono rappresentare l’innesco di una condizione di sfiducia che, se non affrontata, determina una progressiva difficoltà nel proseguire i ritmi di studio.

Alcune proposte

Commissioni per monitoraggio e recupero

A nostro parere ogni CL dovrebbe dotarsi di una

Studenti che non hanno risposto al contatto mail o telefonico via mail	Studenti che hanno rifiutato il contatto telefonico pur rispondendo positivo sul contatto	Studenti che hanno comunque espresso un giudizio di stranieri	Studenti che hanno riferito problemi relativi alla loro condizione didattica	Studenti che hanno riferito problemi relativi alla organizzazione	Studenti che hanno riferito problemi organizzativi di vario tipo	Studenti che hanno avuto o richiesto un contatto con lo sportello counseling
30%	15%	50%	7%	5%	12%	3%

Tab. 1 - Esito dei contatti ricercati con un campione di studenti della Facoltà di Medicina della Sapienza Università di Roma che non aveva sostenuto esami da 12 mesi.

<p>“Siamo docenti della tua facoltà, stiamo cercando di capire se ci sono studenti che presentano problemi nel percorso di studi per inadempienza della struttura universitaria”</p> <p>“Infostud ci permette di conoscere con più oggettività il problema degli studenti in ritardo con il percorso di studi. Questo ha determinato il nostro interesse e desiderio di essere più attivi”</p>
<p>“Ci siamo chiesti, perché alcuni studenti, dopo l’impegno per superare la selezione dell’ingresso a Medicina e aver iniziato gli studi si trovino poi in difficoltà nel proseguire”</p>
<p>“Ci interessa la tua esperienza per aiutarti e aiutare altri con la stessa categoria di problemi”</p>
<p>“Ci chiediamo se un tutor possa svolgere un ruolo positivo nella risoluzione di alcuni problemi dello studente in ritardo negli studi”</p>

Tab. 2 - Alcune modalità scelte per contattare studenti che non avevano sostenuto esami da 12 mesi.

commissione specifica per il monitoraggio e recupero mediante strumenti dedicati. Esistono infatti studenti che divengono ripetenti (mancanza d’esami superati per iscrizione all’anno successivo) o fuori corso (superamento del numero di anni previsto per la laurea). Questi gruppi, che non rientrano tra quelli da contattati in quanto svolgono comunque alcuni esami nell’arco di 12 mesi, sono un numero consistente e rendono, in toto, disomogeneo il rapporto con la didattica. Riteniamo che, nel tempo, possano essere il gruppo a maggior rischio di abbandono. Tale commissione dovrebbe individuare precocemente queste situazioni a rischio, prevedere un contatto attivo e fornire programmi di tutoraggio, magari a piccoli gruppi omogenei, per consigliare e supportare lo studente, se motivato, a reinserirsi nel corso di studi. Il nostro campione indica che essere contattati attivamente è considerato un fattore positivo da oltre i due terzi degli studenti.

Sportelli dedicati

Soprattutto nelle grandi università, l’attività di “sportelli di facilitazione” per problemi specifici (studenti stranieri, convalida di esami in altre sedi, trasferimenti) dovrebbe essere potenziata.

Supporto alle difficoltà psicologiche e altro

Studenti con problemi di carattere psicologico o relazionali nelle modalità di affrontare lo studio, il rapporto con i docenti ecc.. dovrebbero avere facile accesso a strutture di counseling come quelle dello sportello “Fatti vivo!” (vedi articolo su

questo numero). Inoltre, un aspetto specifico di Medicina è il rapporto con il proprio futuro ruolo professionale, considerando le diverse peculiarità (rapporto con il corpo altrui, la sofferenza e la morte, la responsabilità verso la vita di altri). La collaborazione con “Fatti vivo!” ha portato alla proposta di attivare gruppi di confronto per tutti gli studenti della facoltà, nei quali affrontare problematiche e aspettative rispetto al ruolo professionale che lo studente andrà a svolgere una volta entrato nel mondo del lavoro.

Figura del tutor e supporto didattico

Alcuni studenti incontrano problemi relativi alla organizzazione dello studio o hanno difficoltà nell’affrontare un singolo esame o nel rapporto con i docenti del corso. Il tutor può affiancare lo studente nel prefigurare le modalità autonome di risoluzione di tali problemi. Abbiamo individuato alcune caratteristiche auspicabili del tutor che sono riportate nella Tab. 3.

Conclusioni

Prevedere un aiuto efficace agli studenti in difficoltà nel mantenere i ritmi didattici previsti, presenta molti, differenti, significativi ostacoli. I problemi più rilevanti sembrano essere:

- incompleta conoscenza delle dimensioni e caratteristiche psicologiche e socio-economiche del problema e rapporto con l’adeguatezza della offerta didattica, la qualità ed efficienza delle strutture di supporto;
- la eterogeneità delle problematiche individuali,

Reperibilità	Tutor ben conosciuto e contattabile, sia a distanza che fisicamente, in modo semplice e possibilmente rapido
Empatia	Capacità di accogliere e ascoltare le problematiche dello studente
Capacità di discernere	Capacità di individuare le motivazioni fondamentali alla base del disagio riferito dallo studente
Capacità di orientare	Capacità di orientare verso le persone e servizi più consoni alla soluzione della difficoltà
Capacità di mediare	tra lo studente e l’organizzazione universitaria o suoi membri
Capacità di proporre soluzioni di ‘sistema’	Capacità di proporre all’organizzazione universitaria le soluzioni di sistema ritenute più consone ad evitare o minimizzare problematiche diffuse

Tab. 3 - Caratteristiche prevalenti per il ruolo del tutor.

in una popolazione studentesca molto variegata, difficilmente correlabili in modo esclusivo a motivazioni di tipo tradizionale (background culturale, residenza, reddito ecc.)

Per il primo, è auspicabile una più approfondita conoscenza dei dati oggettivi che definiscono il problema nelle sue molteplici sfaccettature: sia di carattere generale (statistiche comparative e trends temporali nel raggiungimento degli obiettivi formativi) sia quelle specifiche, (verifica costante della fruibilità di condizioni di apprendimento adeguate e facilmente accessibili).

Per il secondo, appare cruciale un'attenzione "personalizzata" alle problematiche individuali che fornisca supporto efficiente di orientamento culturale e di valorizzazione delle risorse, senza sconfinare nelle dimensioni del "counseling psicologico" e senza essere orientata al mero superamento di difficoltà burocratiche, che devono

trovare risposta nelle sedi deputate.

Su quest'ultimo aspetto il gruppo di lavoro ha formulato la proposta di un programma realistico di attività tutoriali, certi che da queste dipenda, una riduzione significativa del problema se non una soluzione. Condizione assolutamente necessaria alla sua realizzazione rimane comunque l'impegno personale e continuo di tutti i responsabili dell'educazione medica.

Bibliografia

W Arulampalam, RA Naylor, Smith JP. Dropping out of medical school in the UK: explaining the changes over ten years. Medical Education 2007; 41:385-394
 O'Neill LD, Wallstedt B, Eika B, Hartvigsen J. Factors associated with dropout in medical education: a literature review. Medical Education 2011; 45: 440-454.
 A Squarzone, E Stefano. Assicurazione della qualità dei corsi di studio Universitari. CRUI 2011
 Relazione Annuale Didattica e Ricerca 2009/2010, Nucleo di Valutazione di Ateneo. Sapienza Università di Roma

Appendice 1

<i>La mail inviata</i>	<i>Modalità di risposta di chi non voleva essere contattato</i>
<p>Buongiorno (nome dello studente), siamo un gruppo di docenti della tua Facoltà che partecipano alla Commissione "Medical Education". La recente introduzione del sistema Infostud per la gestione degli esami ci consente oggi di avere informazioni sintetiche sugli studenti che sembrano in ritardo con gli esami. Poiché pensiamo che questa situazione sia, almeno in parte, legata a problematiche di natura didattica e organizzativa, ti contatteremo(*) telefonicamente al numero (numero telefonico dello studente) il giorno..... in orario pomeridiano per sapere se possiamo esserti di supporto nella evoluzione del tuo percorso universitario. Con i migliori saluti (è firmato da tutti i nomi del gruppo e colui che farà la telefonata è individuato da un asterisco)</p>	<p>Buongiorno, grazie, ammetto che l'interessamento da parte Vostra nei confronti degli studenti in ritardo con gli esami mi colpisce in modo estremamente positivo. Tuttavia il mio ritardo dipende principalmente da motivi personali che sto cercando di risolvere, l'organizzazione della facoltà c'entra ma in minima parte. Sotto questo punto di vista sento il peso di una facoltà da svecchiare e modernizzare sia perché la medicina è (come tutte le scienze) in continua evoluzione che per coinvolgere ed invogliare maggiormente gli studenti più giovani nello studio. Ciò detto, apprezzo veramente l'iniziativa e ringrazio nuovamente ma mi trovo a rifiutare la vostra offerta di aiuto poiché, come già detto, il mio ritardo dipende principalmente da motivi personali. Grazie comunque.</p>

Appendice 2

Alcune risposte ai colloqui telefonici

Tel.1	Chiamo il cellulare indicato. Più volte, senza successo. Infine mi risponde una donna. Accento campano. Le dico chi cerco. Sembra preoccupata e in parte imbarazzata. Ansiosa. La rassicuro qualificandomi. Mi chiede se ci sono problemi con la didattica e gli esami. Rispondo evasivamente. Mi dice che chi cerco è suo figlio. Voglio il numero? Naturalmente sì. Lo chiamo più volte. Risponde ancora la donna. Ribadisco deciso che nè voglio nè posso parlare con lei. Lo sa. Vorrebbe che il figlio parlasse con qualcuno, ma lui non vuole. Era venuto a Roma dalla provincia per studiare. Invece si è ammalato. Cheratocono. Le difficoltà visive non gli permettevano di leggere e studiare. E' tornato a casa ed è stato molto frustrante per lui. Era preoccupato, arrabbiato, deluso. Per un lungo periodo non è ha esami. Qualche mese fa si è operato. La situazione è migliorata, ma ha ancora molte difficoltà. Ha fatto un esame da poco. Voto basso, ma superato. L'umore però resta abbattuto. Magari trovasse accoglienza allo sportello! Ma per ora è triste e non vuole tornare a Roma.
Tel. 2	M. è del 79. Iscritto al 2° anno. Fatica a tenere il passo negli studi. Ha un mutuo da pagare e lavora. Contratto a tempo indeterminato: 10 ore al giorno in un ospedale come fisioterapista. Dopo la laurea breve aveva iniziato Farmacia. Poi è passato a Medicina. E' molto motivato, ma lamenta di aver trovato molte difficoltà organizzative e amministrative come nella validazione degli esami o nel riconoscimento dei titoli, che gli rendono il percorso didattico quasi impossibile.
Tel. 3	P. è del 86. E' iscritta al VI ma ha fatto solo gli esami del III anno. E' entrata prima al CL di Latina. Più di 2 ore e mezzo per andare e altrettanto per tornare. Molta fatica. Troppa. A giugno scorso voleva quasi lasciare gli studi. Invece è riuscita a ottenere il trasferimento a Roma e questo l'ha incoraggiata. E' sempre pendolare ma ha deciso di riprendere gli esami. Ritiene che un tutor per lei sarebbe importante, ma non sa chi potersi rivolgere.
Tel. 4	27 anni, fuori sede. Ripetente al 2° anno e in cerca di lavoro per mantenersi autonomamente. Il ritardo, percepito in termini non drammatici, viene attribuito a difficoltà giudicate superabili in tempi brevi. La prima reazione alla telefonata è di sorpresa. Poi, interesse per l'iniziativa. Ne vorrebbe beneficiare e chiedere supporto soprattutto riguardo a: definizione e ottimizzazione del piano di studi; chiarimenti delle procedure burocratiche e amministrative. Non intende assolutamente rinunciare al suo progetto di studio pur prevedendo di poter rispettare le scadenze definite per rimanere "in corso".

Malato per un giorno

Rosa Valanzano, Giovanni Guerra (Firenze)

Relational and organizational competences are not widely diffuse in medical curriculum. Our goal standard is teaching and maintaining the cleverness to understand the experience of disease. In the project "Patient for a day", 50 students (3rd year) followed the routinely steps for admission in a First Aid Unit, like a real patients, in order to understand the emotional impact. They observed: nurse reception, working environment, examination, transfer and permanence in a ward. All data were discussed with clinical psychologist. Efficiency seems to be prevalent on efficacy. Scarce attention was paid on privacy and human relations. Loneliness is diffuse among elderly.

Introduzione

Le competenze professionali del medico includono la competenza relazionale e la competenza organizzativa, che non sempre trovano adeguato spazio nel curriculum formativo. Per una complessa serie di ragioni antropologiche, psicologiche, storiche e tecniche (su cui non ci soffermeremo) il rapporto tra medico e paziente ha una forma molto tipica e praticamente universale, benché sia nel contempo oggetto di valutazioni contrastanti e ambivalenti. Basti ricordare che lo storico della medicina Sigerist definì la relazione tra medico e paziente come una "relazione pura da persona a persona" proprio negli stessi anni in cui l'economista Schumpeter la valutava come "l'ultimo esempio sopravvissuto di sfruttamento diretto e puro dell'uomo sull'uomo". L'unica affermazione certa è che si tratta di una relazione diversa da tutte le altre relazioni tra tecnico specialista ed utente profano. Basterebbe riprendere la letteratura contemporanea sul consenso informato e sull'autonomia del paziente per rendersene facilmente conto. Esiste dunque tra i due protagonisti un'asimmetria, che spesso viene letta in chiave di potere. Lettura fuorviante a meno che non si analizzi più in dettaglio il senso e la posta in gioco della asimmetria.

Rimanendo dal punto di vista del medico, dobbiamo riconoscere che in generale esiste una difficoltà del medico ad assumere il punto di vista del paziente, spesso per specifiche ragioni difensive di cui si deve riconoscere in alcuni casi la legittimità ed anche la necessità. Solo essendo sufficientemente lontano dal paziente, infatti, il

medico può assumere un punto di vista "oggettivo". Tuttavia, la distanza può diventare lontananza e rischiare così di impedire una comunicazione efficace ed efficiente proprio ai fini terapeutici. Cercare di collocarsi alla giusta distanza o, meglio, riuscire ad assumere diversi punti di vista richiede lo sviluppo di una competenza complessa che deve iniziare in fase formativa.

Dal punto di vista delle identificazioni, il percorso formativo dello studente in medicina può essere descritto come uno spostamento dall'iniziale identificazione con l'oggetto di cura alla finale identificazione con il curante. Tale percorso è necessario e pone le basi per lo sviluppo della professionalità ma, al contempo, sembra implicare l'oblio della primitiva identificazione. In altri termini, diventare medico sembrerebbe implicare l'acquisizione di uno sguardo ed un linguaggio specifici, con la contemporanea perdita della comprensione dello sguardo e del linguaggio della persona malata a cui può conseguire, nella relazione, una distanza che rischia l'incomunicabilità. Montaigne nei suoi Saggi scrive: " (...) Platone aveva ragione di dire che per essere un vero medico sarebbe necessario che colui che volesse esserlo fosse passato per tutte le malattie che vuole guarire e per tutti gli accidenti e le circostanze di cui deve giudicare. È giusto che prendano la sifilide se vogliono saperla curare. Io mi fiderei veramente di costui. In realtà gli altri ci guidano come colui che dipinge i mari, gli scogli e porti stando seduto sulla sua tavola e facendovi andare su e giù il modello di una nave, in tutta sicurezza. Mettetelo alla prova dei fatti, non sa da dove cominciare" (Libro III, capitolo XIII).

Non perdere la capacità di cogliere il senso dell'esperienza di malattia (senza doversi per forza ammalare) è un obiettivo formativo specifico del nostro corso di laurea. In questo senso, stiamo sviluppando un percorso che permetta allo studente di instaurare e poi mantenere il contatto con la soggettività della malattia. Al precoce contatto con gli infermieri e le persone malate (I anno), segue la discussione e poi la stesura scritta e meditata sugli spunti offerti dal cineforum (II anno). È stato dunque quasi naturale proseguire l'iter formativo con un progetto focalizzato sulla capacità di ascoltare altri linguaggi, fondamento della competenza relazionale ed anche della competenza organizzativa. Raramen-

te tale competenza viene presa in considerazione nel curriculum, nonostante il medico (ospedaliero o territoriale) si trovi a confrontarsi con la complessità organizzativa del sistema sanitario. Frequentare i reparti fin dalle prime settimane del corso, ritornarci poi come malato per un giorno contribuisce a mantenere attiva l'attenzione nei confronti dei modi di funzionare e della cultura degli attori sociali della sanità, condividendo al contempo i disagi, le sofferenze e le paure delle persone malate.

Materiali e Metodi

Nel progetto "Malato per un giorno" sono stati coinvolti 50 studenti del III anno del CLM in Medicina e Chirurgia, con modalità di arruolamento volontaria e certificazione come Attività Professionalizzante a scelta dello studente. Non esistendo analoghe esperienze in altri Corsi, la strutturazione dell'attività, gli obiettivi formativi e la valutazione dei risultati sono stati proposti dal Presidente del corso di laurea e condivisi con un piccolo gruppo di docenti e tutors della Psicologia Clinica. L'organizzazione è stata coordinata dal Presidente del corso di laurea insieme a: Direttore Generale, Direttore Sanitario e Dirigente infermieristico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi – Firenze-. L'attività formativa proposta prevede che lo studente segua l'iter di accettazione in una struttura sanitaria complessa, come persona malata, al fine di coglierne l'impatto emotivo e di osservare tutto ciò che avviene. Egli condivide l'iter ed i tempi di accettazione in Pronto Soccorso e la seguente giornata nel reparto in cui viene assegnato, come tutte gli altri utenti. Descrive su un diario le sensazioni, i pensieri e le emozioni conseguenti alla permanenza in Pronto soccorso e poi in reparto. Gli elaborati sono successivamente oggetto di *briefings* condotti da docenti di Psicologia Clinica

Strutturazione della giornata

- Lo studente prepara a casa una piccola borsa contenente: pigiama, set per l'igiene personale ed un quaderno.
- Si presenta alle ore 9 nei giorni di Venerdì o Giovedì (secondo il calendario stabilito) al desk del *triage* del Pronto soccorso, già munito di codice identificativo (codice rosa), fornitogli in precedenza.
- Dichiarare dolore toracico e viene registrato su cartaceo, al fine di non gravare sui fondi assegnati dalla Regione e di non inficiare le casistiche relative alle varie patologie.
- Rimane al *triage* fino all'accettazione nella prima stanza libera.
- Viene visitato dai medici in servizio.
- Il personale amministrativo assegna il malato ad uno dei due reparti di accoglienza, identificati dalla Direzione sanitaria ed afferenti al DAI emergenza ed accettazione. Viene

riservato un posto libero nei giorni identificati.

- Il *front office* comunica alla SOD l'arrivo del malato
- Il malato viene trasportato presso il reparto individuato. Indossa il pigiama e dispone i propri oggetti personali nel proprio armadietto.
- Gli infermieri sono informati, ma hanno avuto specifica informazione/formazione sul trattamento del paziente come tutte le altre persone malate.
- Il medico di turno visita il malato e ne raccoglie l'anamnesi
- Il malato usufruisce esclusivamente dei pasti previsti per i degenti.
- Il malato annota sul diario tutti gli eventi della giornata, nonché il proprio progressivo vissuto sui campi di osservazione elencati di seguito (con l'ovvia possibilità di ulteriori annotazioni):
 - accoglienza infermieristica
 - ambiente di lavoro
 - visita medica
 - trasferimento
 - degenza in reparto.
- Il malato viene dimesso la mattina seguente.

Risultati

Hanno completato la giornata 42/50 studenti. In 4 casi non era disponibile il posto letto; 4 studenti si sono ritirati volontariamente dopo alcune ore.

Sono stati compilati 19 report scritti e 23 orali, con successiva stesura scritta, includenti i campi di osservazione indicati e la relativa valutazione (Tab.1).

L'analisi dettagliata dei reports, associata al lavoro di *de-briefing*, ha consentito di approfondire l'analisi successiva all'osservazione, mirata prevalentemente alla condivisione dell'esperienza con le persone malate. L'elemento peculiare è costituito proprio dal protagonista dell'esperienza, che non appartiene a nessuna delle categorie che sono presenti nei luoghi di cura: medici, infermieri, altre figure professionali, persone malate, loro familiari o amici, studenti.

I protagonisti sono infatti studenti che però vivono l'esperienza come persone malate. Di conseguenza il loro punto di vista e le loro percezioni sono assolutamente peculiari, anche se l'oggetto di osservazione è comune alle altre categorie già elencate (professionali e non).

Tutti gli ambienti del Pronto soccorso sono costantemente affollati con conseguente attesa quasi sempre molto lunga.

La maggior parte dei pazienti sono anziani, talora soli. Quasi tutti riferiscono un senso di abbandono, che incrementa l'ansia. Molti studenti hanno chiacchierato con loro, constatando che tale semplice evento li rilassava e migliorava notevolmente il loro stato di malessere. Il bisogno ed il piacere della comunicazione arriva fino al

Campi di osservazione	Giudizio ottimo	Giudizio buono	Giudizio sufficiente	Giudizio insufficiente
Accoglienza infermieristica	27	5	8	2
Ambiente di lavoro	15	21	6	
Visita medica	36	2	2	
Trasferimento	40	2		
Degenza in reparto	38	4		

Tab. 1 - Valutazione sui campi di osservazione espressa dai 42 studenti che hanno completato la giornata di osservazione.

punto che alcuni anziani dichiaravano di essersi lì recati solo per poter parlare con qualcuno.

Al contrario, i pazienti giovani erano spesso chiusi in un silenzio privato, risultando l'esperienza della malattia come un evento mai considerato, ed escluso dunque dalla quotidianità.

In alcuni casi il disagio delle persone malate era aggravato da problemi di comunicazione e di inadeguata considerazione delle eventuali difficoltà linguistiche e differenze religiose. Scarsa o assente attenzione a tali aspetti determinano, ad esempio, grave imbarazzo e profondo disagio a donne di religione islamica che si sono viste denudare, senza che le tende fossero correttamente chiuse.

Ritornando alle osservazioni sul personale sanitario, un aspetto osservato dalla quasi totalità degli studenti verte nella constatazione della necessità imperativa di efficienza. Questo indispensabile elemento organizzativo può tuttavia determinare, indirettamente, una minor efficacia terapeutica, essendo necessario smistare quanto prima il malato ad un reparto di degenza. Così, quasi tutti gli studenti hanno osservato che i medici trascorrono la maggior parte del tempo di fronte al computer e non accanto alla persona malata; raccolgono l'anamnesi mentre scrivono, senza guardare il malato; verificano i risultati degli esami senza fornirne spiegazione. Spesso anche la procedura diagnostica e terapeutica che sarà intrapresa non viene illustrata in maniera chiara ed esaustiva.

Tali annotazioni critiche devono tuttavia tener presente l'ambiente lavorativo nel suo complesso. Secondo un'indagine dell'*Emergency Medicine and Care Academy* nei reparti di emergenza si lavora costantemente in situazioni di stress che addirittura determinano patologie tra gli stessi operatori. Benchè tale parametro non sia precisato in tale report, si può tuttavia ipotizzare che tale condizione sia un elemento determinante nelle modalità operative dei medici e degli altri sanitari, a cui peraltro corrisponde una valutazione

più benevola secondo il decrescere del livello di responsabilità del personale (Tab. 1).

Tale interpretazione può trovare conferma dalla valutazione espressa dagli studenti riguardo alla permanenza in reparto, che è stata valutata sempre come ottima/buona.

L'accoglienza è stata sempre cortese, il personale medico ed infermieristico era adeguatamente informato e disponibile, pur con alcune (poche) perplessità sull'attribuzione di un posto letto a chi non ne aveva realmente bisogno. L'aspetto alberghiero è stato sempre valutato complessivamente buono.

Tutti gli studenti hanno a lungo parlato con gli altri degenti della camera, che si dimostravano molto interessati a tale esperienza. Anche in tale contesto l'esigenza maggiore delle persone malate risultava il colloquio, la condivisione delle proprie difficoltà con l'altro, visto come vicino ma anche come piccolo esperto, capace magari di rassicurare su un sintomo nuovo o su una terapia non del tutto compresa o sulla possibilità di guarigione.

Conclusioni

L'aspetto relazionale costituisce parte integrante ed imprescindibile dell'iter formativo di ogni professionista della salute. Un'adeguata capacità di comunicare, di stabilire un rapporto di empatia, di modulare il proprio comportamento in base alle caratteristiche della persona permette sicuramente una diagnosi più rapida e precisa, una terapia appropriata ed anche un risparmio economico, sia per la riduzione dei tempi di degenza sia per la riduzione delle richieste di risarcimento, incrementate del 65% in 10 anni. Mentre dunque la medicina difensiva aumenta in maniera esponenziale, l'attenzione della formazione dei futuri medici deve mirare all'etica della formazione, della docenza e dei docenti. E, come per tutto: "le cose si devono imparare da piccoli".

Ripensare la Facoltà di Medicina tra vecchie e nuove sfide formative

Incontro tra Esperti della Facoltà e Parlamentari

Moderatore Prof. Giovanni Danieli

Lunedì 6 febbraio - Palazzo Marini - Roma

Presentazione

Prof. Adelio Elio Cardinale

Sottosegretario alla Salute

Gli attuali metodi di formazione in medicina rappresentano sempre un progresso, rispetto alla razionalità di Ippocrate, fondata sull'osservazione della natura? Qualche dubbio appare lecito.

Oggi predomina come positivo il concetto to know more and more about less and less. Il sapere sempre di più su settori sempre più limitati costruisce un medico super-esperto di aspetti parziali o minimali, talora molecolari della patologia dell'uomo. Una crescente distanza dalla corporeità olistica del paziente o dell'essere sofferente. Sono testimonianza di tutto ciò i dati riportati dal prof. Andrea Lenzi, presidente del CUN – Consiglio universitario nazionale: 158 specializzazioni e sottospecializzazioni negli Stati Uniti; 67 scuole di specializzazione in Canada; 55 in Italia, 52 in Francia, 97 nel Regno Unito.

A ciò si aggiunge - nella medicina italiana contemporanea - una deriva tecnologica ed economico-finanziaria (per non dire ragionieristica) rispetto alla componente antropologica. Un vero e proprio materialismo liberale ingravescente. Si determina, pertanto, una medicina algida e distante con una forma di anonimato del paziente, che spesso ha la sensazione di essere considerato un numero o una cosa.

Il patto millenario collaborativo medico-malato diviene così sempre più logoro. E' necessario un ritorno all'empatia, alla medicina dell'ascolto, al *medicus amicus* di Seneca.

Una valida medicina – equa, solidale, sussidiaria – ha una stretta interrelazione con lo stato sociale e il bene comune: una costruzione sulla quale si incardina il diritto all'eguaglianza sociale, all'omogeneità territoriale, al paritario accesso ai servizi.

Emergono concetti e discipline nuove: bioetica, biodiritti, biopolitica, in parte confluenti nella "science policy", espressione anglosassone solo parzialmente tradotta in "politica della scienza".

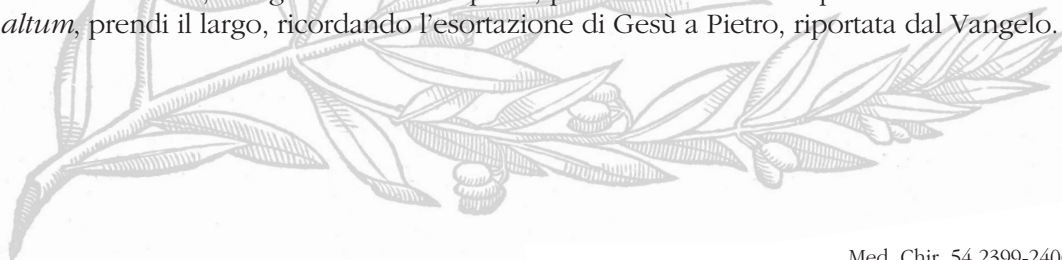
E' tempo di uscire dalle fortezze del sapere – come università, policlinici, ospedali – per porsi anche i problemi del territorio e dell'ambiente, degli inquinamenti ecologici e delle patologie affluenti.

Bisogna ripensare e riprogrammare l'alta formazione biomedica e chirurgica, partendo dalle modalità attuative: prove di ammissione e selezione dell'accesso più eque; forte rimodulazione dell'esame abilitante di Stato; migliore rapporto tra numero di laureati e borse di studio nelle scuole di specializzazione.

Appare non più eludibile la rimodulazione del curriculum di studi e la formazione pedagogica dei docenti. Un solo esempio. La necessità crescente dell'inserimento – consapevole e non formale – delle scienze umane, non a dosi omeopatiche; antropologia, etica, sociologia, filosofia della scienza, storia della medicina, psicologia. Quelle che gli anglosassoni definiscono *Medical Humanities*.

Bisogna, con coraggio, sciogliere gli ormeggi di un sapere medico spesso ormai datato, per disvelare nuovi orizzonti e frontiere, navigando in mare aperto, pur con rischi e intemperie.

Duc in altum, prendi il largo, ricordando l'esortazione di Gesù a Pietro, riportata dal Vangelo.



Introduzione On. Prof.ssa Paola Binetti

Per ragioni che è facile intuire la politica in generale, e il Parlamento in particolare, sono interessati ad una attenta riflessione sulle nuove sfide a cui la sanità deve essere in grado di rispondere per venire incontro alle crescenti richieste di salute poste dalla nostra società. Il Pianeta sanità è sempre più composto da una serie di figure professionali fortemente articolate tra di loro, che riflettono i bisogni di salute dell'intero Paese. Tra tutti i professionisti che concorrono a soddisfare una domanda di salute sempre più vasta, i medici però continuano ad occupare un ruolo centrale nel sistema e segnalano una specifica differenza tra la buona e la cattiva sanità, sia sotto il profilo strettamente scientifico e sotto quello clinico, sia tra quello etico e quello economico. Per questo è urgente tornare a riflettere sugli obiettivi specifici della loro formazione, per la quale indubbiamente occorre individuare un nuovo punto di equilibrio tra tante e mutate esigenze.

A nessuno sfugge ad esempio un evidente paradosso che mentre assegna ai medici un potere di spesa molto ampio, non investe adeguate risorse nella sua formazione in tal senso. I costi della sanità a livello regionale assorbono tra l'80 e il 90% dei bilanci regionali. Il che significa, ad esempio, che le regioni hanno a loro disposizione una cifra che oscilla tra il 10 e il 20 % del loro bilancio per affrontare tutti gli altri costi che includono, ad esempio istruzione, trasporti, lavori pubblici, politiche sociali, la stessa macchina organizzativa regionale e molte altre cose. Eppure questa somma, proporzionalmente sproporzionata, non è spesso in grado di assicurare ai cittadini quella qualità di cura e di assistenza a cui avrebbero diritto e per cui si investono risorse oggettivamente limitate, ma altrettanto oggettivamente superiori a qualsiasi altra voce. La formazione economica dei medici non è però una mera funzione ragionieristica, né tanto meno è riconducibile ad una banale operazione di tagli lineari, ma richiede una solida capacità di ripensare la sanità e i modelli di cura e di assistenza che propone in funzione del bene comune, ossia della salute di tutti i cittadini. Giovani ed anziani, donne e bambini, mantenendo una forte attenzione sia alle patologie che richiedono interventi altamente specialistici, con un indispensabile supporto tecnologico, sia alle patologie croniche, che comportano invalidità e sul piano assistenziale assorbono un ben più elevato livello di risorse umane.

Il problema dei costi complessivi della Sanità pone ai medici una rinnovata responsabilità nell'amministrare risorse che si assottigliano sempre di più a fronte di un crescente livello di richieste, sul piano quantitativo e su quello qualitativo. La qualità in sanità costa, ma la salute è un bene così prezioso che va custodito come un autentico patrimonio nazionale. Si tratta evidentemente di spendere meglio, con un'etica della competenza che evita quella dispersione di risorse che si traduce in un danno netto per la salute del Paese. Spendere meglio significa decidere meglio, decidere prima, ottimizzare i processi di intervento per evitare duplicati e dispersioni, verificare con maggiore rigore scientifico i

risultati non solo sul piano clinico ma anche su quello economico-organizzativo. Tra le *clinical skills* anche le *managing skills* devono cominciare a trovare un loro spazio nel piano di formazione degli studenti, sono parte integrante di quel saper fare che non si improvvisa e non può essere dato per scontato.

Una riflessione sulla formazione dei medici non può registrare solo l'urgente bisogno di aggiornare la loro competenza clinica e di implementare la loro competenza economica e organizzativo-gestionale. Occorre tornare a riflettere sulla relazione con i malati, sui rischi di una eccessiva aziendalizzazione che genera vere e proprie forme di anonimato nel rapporto medico-malato. A questa patologia del sistema sanitario, che spersonalizza il rapporto medico-paziente, non è estranea una cultura accademica che investe troppo precocemente nella specializzazione del giovane studente di medicina. La fretta di inserirsi quanto prima in un'area professionale specialistica, lo priva di quella formazione generale, che non ha nulla di generico o di superficiale, e costituisce invece la naturale cornice culturale in cui innestare successivamente competenze più specifiche, necessariamente settoriali.

Lo studente di medicina fin dagli inizi è ben consapevole che, nonostante la lunghezza del suo iter formativo, sei anni, è del tutto insufficiente per assicurargli la competenza necessaria per essere un buon professionista, e proprio per questo diventa per lui impossibile trovare un possibile lavoro. Si crea in lui un'ansia da prestazione che lo obbliga a cercare di ottenere i titoli necessari per entrare quanto prima in una scuola di specializzazione, investendo il suo tempo in tirocini specifici, dedicandosi maggiormente a determinati esami, cercando in tutti i modi di collaborare all'attività scientifica di riferimento. In tal senso non lo aiutano le attuali modalità di accesso alle scuole di specializzazione, che esigono a priori obiettivi che dovrebbero rappresentare il *core curriculum* della stessa scuola di specializzazione. Obbligano lo studente a sacrificare la sua preparazione generale per una rincorsa spesso inutile ad obiettivi che comunque raggiungerà una volta entrato nella scuola scelta. In questo modo lo studente perde, o meglio non acquisisce mai, la capacità di guardare il malato nel suo insieme. Non ne è capace, non perché nessuno glielo possa insegnare, ma perché nessuno gli permette di apprendere una cosa essenziale per lui. Una serie di elementi, che disegnano una mappa falsamente orientativa, lo spingono verso un approccio di settore che pone il dettaglio al centro del sistema, dimenticando di dare senso e significato al sistema in cui quel dettaglio si innesta. Più o meno volontariamente non si permette allo studente di imparare a vedere il malato nella sua completezza e nella sua complessità. L'accento è tutto su di un approccio di nicchia, fortemente tecnologico, ma poco umano, perché il riduzionismo tecnico-scientifico sacrifica spesso l'umanità dolente del malato. Il malato si sente osservato come un oggetto "rotto", qualcosa da riparare, per cui si deve intervenire sul meccanismo che si è inceppato; il malato percepisce molto bene che il medico non si è fatto una idea complessiva della sua situazione. Sa che gli interessano solo le cose di cui lui

è competente e se c'è un altro problema, se lo sospetta, immediatamente lo invia ad un altro specialista. Tanti sguardi che si intrecciano, senza però arrivare ad uno sguardo di sintesi che si faccia carico di lui come persona prima e come malato dopo. Il malato sperimenta che i suoi medici non sono in grado di gestire la sua terapia in modo unitario, per cui i farmaci prescritti dall'uno o dall'altro possono anche entrare in contraddizione tra di loro. Vorrebbe parlare, spiegare, ma non trova chi lo ascolti: già dopo una manciata di secondi il medico ha già capito come intervenire, perché è la sua specificità che detta la linea e non la complessità del paziente, nella sua unità e nella sua unicità. Sperimenta la mancanza di un'antica, essenziale, etica medica.

Le *Medical Humanites* non sono un *optional*, e si pongono al centro di un crocevia che intercetta aspetti economici, bioetici e biogiuridici, fino a definire un nuovo ambito di interesse della politica: la bio-politica. La malasanità, con tutta la vasta gamma degli errori che la caratterizzano è una parte tutt'altro che irrilevante della cattiva politica, che coinvolge salute e formazione. Dopo tanti anni, tanta esperienza e tanti confronti, oggi si afferma l'importanza di una nuova cultura umanistica nella formazione in medicina. Una cultura di cui fa parte integrante la riflessione sul contesto di una società soggetta a profondi cambiamenti. Una società che mentre si interroga sul senso della vita fa emergere scelte che rendono problematico il continuare a vivere quando la qualità di vita è messa in discussione, quando ragioni economiche impongono tagli drastici che pregiudicano la cultura della vita, quando viene meno il senso di responsabilità a livello istituzionale per garantire profili di alta competenza in chi deve assumere decisioni con una forte ricaduta nella tutela della vita. Nella formazione dei giovani medici deve rientrare la capacità di porsi domande serie sotto il profilo giuridico ed economico, organizzativo e gestionale, per potere intervenire in modo consapevole nel dibattito pubblico e non solo al letto del loro paziente.

Provvedimenti urgenti per la medicina universitaria Prof. Eugenio Gaudio

Le Facoltà ed i Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia hanno dato vita, negli ultimi 25 anni, ad una vera e propria rivoluzione culturale ed organizzativa, che ha anticipato molti cambiamenti successivamente introdotti anche dalle riforme per le altre Facoltà, e che ha portato la nostra formazione dei professionisti dell'area sanitaria al pieno riconoscimento europeo. Questo processo ha portato ad una buona *performance* formativa complessiva del sistema, con omogeneità diffusa dei risultati (vedi, ad esempio, l'adozione del *core curriculum* nazionale da parte praticamente di tutte le sedi ed i risultati dei *progress-test* a livello nazionale) e riconoscimento positivo da parte dei principali valutatori del sistema (ad esempio i rapporti di Alma Laurea).

Rimangono, altresì, sul tappeto una serie di problemi urgenti da trattare per la Medicina universitaria, e per la formazione dei giovani medici, che possiamo sinteticamente così schematizzare.

Definizione urgente dello schema-tipo di convenzione per regolare i rapporti in materia di attività sanitarie svolte per conto del Servizio sanitario, come previsto dall'art. 6 comma 13 della Legge di riforma dell'Università, n° 240 del 2010.

Proposta di modifica dell'attuale modalità di effettuazione dell'Esame di Stato per Medico-Chirurgo, in vista della sua riduzione o eventuale inclusione in un Esame di Laurea abilitante.

Valutazione delle problematiche relative alle Scuole di Specializzazione di area medica, con rivalutazione della durata secondo la media europea, revisione degli standard formativi, istituzione delle reti formative con inclusione degli Ospedali del SSN accreditati per qualità.

Finanziamento ed adeguamento dei contratti di formazione degli specializzandi al numero dei laureati (da 5.000 ad almeno 7.000, progressivamente).

Riconsiderazione delle prove di ammissione ai Corsi a numero programmato di Medicina e Chirurgia: miglioramento della prova a quiz, introduzione della valutazione del curriculum scolastico ed, eventualmente, di test psico-attitudinali in via sperimentale.

Revisione delle prove di ammissione alle Scuole di Specializzazione: rivisitazione e modifica delle attuali modalità.

Per quanto riguarda il primo punto, è quello strategico più importante in quanto deve definire i rapporti fra l'Università e le Regioni, quindi, in estrema sintesi, fra le Facoltà di Medicina e la politica; si tratta di una materia complessa e delicata che richiede il concerto con la Conferenza Stato-Regioni oltre che con il Ministero della Salute e del MIUR. È imprescindibile far sì che il rapporto Università-Regione sia di tipo paritario, e privilegi la mission formativo-scientifica, e non meramente assistenziale, delle Aziende Universitario-Ospedaliere.

Per quanto riguarda le possibili proposte di modifica dell'attuale modalità di effettuazione dell'Esame di Stato per Medico-Chirurgo, in vista della sua riduzione o eventuale inclusione in un Esame di Laurea abilitante, la revisione delle modalità e tempistica degli Esami di Stato è essenziale, in quanto come primo atto porterebbe ad un sensibile accorciamento dei tempi post laurea di accesso alle Scuole di Specializzazione per gli studenti meritevoli laureati nel sesto anno; inoltre, costituisce una semplificazione a favore degli studenti, delle famiglie e del sistema Paese, dato che ad oggi si ha oltre il 99% di promossi con notevole dispendio di tempo e di risorse umane e finanziarie. Va inoltre considerato che: a) il tavolo tenutosi presso il Ministero della Salute con i Medici di Medicina Generale ha concluso all'unanimità i lavori prevedendo la inclusione di 3 CFU nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, con Esame compreso all'interno dei corsi di Metodologia o Sanità Pubblica/ Medicina Interna, pertanto anche il previsto tirocinio valutativo previsto nell'attuale Esame di Stato perde significato; b) in base alle riforme dell'ordinamento didattico secondo i DD. MM. 509/99 e 270/04, durante il Corso di laurea lo studente deve frequentare 60 CFU di attività professionalizzante, con

valutazione dell'acquisizione delle abilità pratiche di 3° livello; c) come già previsto per le Lauree Abilitanti delle professioni Sanitarie, la FNOMCeO ed il Ministero della Salute potrebbero indicare 1 rappresentante ciascuno nelle commissioni di laurea rendendola abilitante come per le Professioni Sanitarie. La prova finale, con valore di esame di Stato abilitante, si potrebbe, quindi, comporre di una prova pratica nel corso della quale lo studente deve dimostrare di aver acquisito le conoscenze e abilità teorico-pratiche apprese durante il Corso di laurea durante i 60 CFU dedicati all'attività professionalizzante; eventualmente, un *progress-test* conclusivo del corso; la certificazione relativa al tirocinio negli studi dei Medici di Medicina Generale; infine, la consueta redazione dell'elaborato di una tesi e sua dissertazione.

Per quanto attiene, poi, alla riconsiderazione delle prove di ammissione ai Corsi a numero programmato di Medicina e Chirurgia, i punti più importanti appaiono i seguenti: miglioramento della prova a quiz, introduzione della valutazione del curriculum scolastico ed, eventualmente, di test psico-attitudinali in via sperimentale.

Preliminarmente, bisogna considerare che

- la selezione di uno studente "idoneo" per la Facoltà di Medicina è un evento cruciale che, in sinergia con il processo di rinnovamento dei corsi che tutte le Facoltà italiane hanno attivato, dovrebbe consentire la formazione di un "buon medico" che sappia rispondere in pieno alla complessità della sua "missione";

- l'attuale test di ammissione non è conforme a quanto indicato dal *"Report and Recommendations on Undergraduate Medical Education. Doc. 111/F/5127/2/92, Brussels, 28.10.1992"*, dell' *"Advisory Committee on Medical Training, Commission of the European Communities"*;

- la *World Federation on Medical Education*, nell'anno 2000, ha dato indicazioni in tema d'ammissione, invitando le Facoltà Mediche a perfezionare e migliorare criteri e metodi di ammissione;

- l'ingresso alle Facoltà di Medicina statali in Italia, attualmente disciplinato dalla Legge 2 Agosto 1999 n. 264, è basato su un test unico predisposto da una Commissione ministeriale, svolto nello stesso giorno su tutto il territorio nazionale, con graduatoria locale per le singole Facoltà;

- successivamente, la Legge Fioroni del 2007 e il decreto mille proroghe del 2009 hanno previsto la valutazione della carriera scolastica e del voto di maturità;

- nuove proposte in tema di ammissione al Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia sono state discusse ed elaborate dalle Conferenze Permanenti dei Presidi e dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia.

Appare necessario, quindi, chiedere che già nel concorso d'ammissione del prossimo anno accademico sia valutato, ai fini dell'ammissione ai Corsi a numero programmato a Facoltà di Medicina e Chirurgia, il voto dell'Esame di Maturità, con un'incidenza pari al 10% della valutazione globale, con metodo di valutazione ponderato per sede, in modo da normalizzare le vota-

zioni che presentano disomogeneità a livello territoriale e nelle scuole pubbliche rispetto a quelle private; che la formulazione dei quesiti di Biologia, Chimica, Fisica e Matematica sia meglio calibrata; che la formulazione dei quesiti di cultura generale sia più consona alla preparazione media dei candidati, privilegiando la formulazione di quesiti di logica non saturati da fattori linguistici e sintattici, ed evitando i quesiti di carattere puramente nozionistico; che sia considerato un periodo di sperimentazione di test psico-attitudinali specifici, proposti sulla base del profilo specifico del Corso di Laurea previsto dall'art.12 comma 2 punti a-e del D.M. 509/99 e dell'art.3 comma 1 del DM 28.11.2000.

Infine, per quanto riguarda le problematiche relative alle Scuole di Specializzazione di area medica, appaiono ormai necessari una rivalutazione della durata secondo la media europea, la revisione degli standard formativi, l'istituzione delle reti formative con inclusione degli Ospedali del SSN accreditati per qualità. E' importante ricordare i punti fondamentali di consenso individuati nel dibattito sinora svoltosi, quali l'adeguamento della durata degli studi alla media europea, riducendo la durata delle scuole sopra media ed accorpando le tipologie ridondanti e già a suo tempo identificate; la riduzione delle criticità di distribuzione/accorpamenti delle Scuole, razionalizzando le reti a livello regionale; la revisione delle tabelle degli standard formativi, ove il CUN ha votato una mozione specifica. Inoltre, tenuto conto delle problematiche che si pongono a seguito dell'aumento delle immatricolazioni ai Corsi di Medicina, ed alla necessità urgente di assicurare il finanziamento alle prossime tornate - stante la progressiva riduzione dei fondi disponibili - è necessario reperire risorse utili ad aumentare con effetto immediato il numero dei contratti disponibili.

I rischi di una specializzazione troppo precoce: medici o tecnologi?

Prof. Andrea Lenzi

Ad ogni servizio corrisponde una domanda e viceversa: in ogni professione, senza distinzione di ordine o grado, è possibile e spesso necessario approfondire le proprie competenze in specifici ambiti, portando così ad una divisione del lavoro che riduce la concorrenza e fornisce servizi più adeguati alle singole necessità.

Le Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria rappresentano, nel sistema universitario italiano, il modo di rispondere alla richiesta di servizi specializzati nella Sanità in tutto il Paese. Gli avanzamenti nelle scienze e nelle tecnologie mediche hanno portato, in molti casi, alla creazione di nuove specializzazioni. È vero tuttavia anche il contrario, giacché frequentemente le nuove metodiche utilizzate in ambito medico sono frutto delle necessità e dell'esperienza degli specialisti. Ed è noto che in campo sanitario è spesso l'offerta che amplifica la domanda.

Se per il singolo, scelte personali di natura economica e attitudinale sono, insieme ai progressi scientifici, il *primum movens* nella scelta di una Specializzazione è vero anche che a questo vanno contrapposti gli "effetti collaterali" di una formazione troppo settoriale.

Un medico specialista ha sviluppato particolari competenze, nel corso dei propri studi, che gli possono permettere di gestire al meglio specifiche patologie: per un ospedale questo comporta spesso a riduzione dei tempi di degenza e delle spese, e per un malato comporta un miglioramento delle cure e della qualità di vita. Tuttavia, nella gestione di un malato, la presenza di una sola patologia è rara, e molto frequente è invece la presenza di comorbidità: un medico con una formazione eccessivamente specialistica può non riconoscere alcune patologie estranee alla sua area di competenza, che richiederanno l'intervento di altri specialisti. La gestione del paziente complesso porta pertanto ad aumento delle spese e dei tempi di degenza; il peggioramento della qualità delle cure e della soddisfazione del malato sono dirette conseguenze della difficoltà di coordinamento tra diverse *équipe* di ultra-specialisti.

Nell'ambito della Medicina e Chirurgia, è lecito aspettarsi che lo specialista sia più preparato del medico di medicina generale; tuttavia, spesso le aspettative sono disattese, dal momento che un eccessivo grado di specializzazione porta frequentemente ad un impoverimento della cultura generale. Sul piano normativo, in realtà, l'Italia è all'avanguardia: la Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia prevede, secondo il DM 270/04, che i futuri medici abbiano sviluppato nell'arco dei sei anni un approccio integrato al paziente, con l'acquisizione di interrelazioni tra le scienze di base e cliniche, e particolare riguardo alla inter-disciplinarietà della medicina; l'Ordinamento prevede un numero variabile di attività formative caratterizzanti, compreso fra 180 e 302 CFU, in cui sono incluse anche le attività di reparto ed ambulatoriali necessarie al fine di sviluppare dette competenze. Tuttavia, l'accesso alle Scuole di Specializzazione per gli studenti di Medicina e Chirurgia è fortemente influenzato dal *curriculum* di studi: oltre alla "prova a risposte chiuse" e ad una "seconda prova" con modalità decise dalla Commissione, la valutazione comprende un punteggio curricolare derivante dal voto di laurea e dai voti ottenuti negli esami selezionati dalla consiglio della Scuola di Specializzazione come affini, dall'attinenza della Tesi di Laurea alla Specializzazione, dalle pubblicazioni prodotte dallo studente anch'esse attinenti all'area specialistica e dalle attività didattiche elettive cui lo studente ha partecipato negli anni del corso. Fino a 25 punti sui 100 della graduatoria derivano dal *curriculum*: di conseguenza, lo studente interessato ad una determinata Specializzazione è spinto sin dai primi anni a scegliere internati ed attività elettive inerenti al suo futuro percorso.

Dal momento che il titolo di Specialista garantisce privilegi significativi, sia di natura economica che di prestigio, non deve meravigliare che lo studente sia interessato a formarsi nel suo campo d'interesse già dai primi anni del suo corso di studi: l'eccessiva formazione specialistica può però portare a un impoverimento delle conoscenze di medicina generale, vanificando pertanto lo scopo della ripartizione dei CFU del CLM in Medicina e Chirurgia fra le varie attività.

Un ulteriore fattore di frammentazione delle conoscenze deriva dal numero di Scuole di Specializzazione ora presenti rispetto al passato. Negli anni '60, negli Stati

Uniti esistevano 18 *specialty boards*: nel 2011 le *boards* sono aumentate del 50%, per arrivare a 24, e coordinano 158 Specializzazioni e Sottospecializzazioni. In altri paesi i numeri sono differenti, ma sempre significativi: in Canada esistono 67 Scuole di Specializzazione, in Francia 52, nel Regno Unito 97. L'Italia con le sue "sole" 55 Scuole rappresenta uno dei Paesi in cui il coordinamento è, ancora una volta, sul piano delle norme più efficace; il riassetto delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria (G. U. n. 258 Suppl. Ord. N. 176 del 05/11/'05 DM 01/08/'05 e G.U. n.105 Suppl. Ord.N.115 del 08/05/'06 DM 29/03/'06) ha inoltre gettato le basi per un'adeguata formazione integrata anche durante il corso degli studi della Scuola di Specializzazione, istituendo il cosiddetto "Tronco Comune". Nei primi due anni della loro formazione specialistica, i medici sono tenuti a totalizzare 81 CFU (99 CFU per le Scuole la cui durata è di 6 anni) in attività di didattica frontale e professionalizzante non appartenenti alla loro Scuola: dette attività rappresentano elementi imprescindibili per la loro formazione, necessarie a colmare le possibili lacune derivanti dall'eccessiva frammentazione delle Scuole di Specializzazione ed a fornire adeguate competenze anche al di fuori della propria Specialità. Il Tronco Comune appare una "terapia sintomatica" per arginare il problema di un eccessivo grado di specializzazione: per migliorare le competenze di medicina generale e per ridurre i costi derivanti da una formazione carente è necessario agire sul curriculum degli studi, modificando le norme di accesso alle Scuole di Specializzazione ed i loro Ordinamenti.

Il CUN e la Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, si stanno muovendo al fine di ridurre le criticità della situazione sopraesposta con varie iniziative. Sul Corso di Laurea l'azione è quella di rendere omogenei i percorsi delle varie sedi verificandoli in base al *core curriculum* nazionale, ai risultati delle *site visit* promosse dalla conferenza e alla valorizzazione del *Progress test* che rappresenta lo strumento unitario di verifica dell'apprendimento e che si tenta di fare diventare un tutt'uno con l'Esame di Stato di abilitazione. Per quest'ultimo vi è la volontà condivisa di inserirlo al termine del percorso formativo assieme all'Esame di Laurea anche in funzione del fatto che uno dei capisaldi del tirocinio valutativo post laurea, la frequenza presso l'ambulatorio di un medico di MG è riassorbito nel percorso con i CFU dedicati alla MG che tutti i Corsi hanno accolto su indicazione dell'Osservatorio per la MG del Ministero della Salute. Questa serie di misure sono tutte protese a indirizzare lo studente dal primo fino al sesto anno verso una preparazione multidisciplinare. È inoltre necessario rivedere la normativa di accesso alle specializzazioni rendendola più snella e capace di valorizzare fra i titoli tutte le qualità del candidato senza l'enfasi attualmente data alla "pre-specializzazione", allargando alle materie di base e quantomeno alla intera Area Medica, Chirurgica e delle varie tipologie di Servizi la valorizzazione al fine dei titoli curricolari. Altre revisioni a cui il CUN si sta dedicando, in questo caso in accordo con l'Osservatorio della Medicina Specialistica e con

la Conferenza dei referenti dei Direttori delle Scuole di Specializzazione, è una revisione ordinamentale sia della lunghezza del percorso sia delle attività professionalizzanti delle scuole eliminando quelle obsolete ed aggiornandole per mantenere le caratteristiche di "spendibilità europea" del titolo. Infine, si sta ragionando su una modifica della normativa che consenta all'aspirante specializzando di effettuare un esame di accesso per Tipologia che lo garantisca sin dall'inizio nella sua vocazione, ma che lo obblighi a passare uno o due anni del percorso in un "incubatore" costituito dalla Classe di specialità in cui la sua Tipologia è inserita svolgendo così un "Tronco Comune" di fatto pilotato da un *Board* più generalistico in similitudine con le esperienze statunitensi.

Le Scienze Umane come strumento per scelte "logiche" in medicina

Prof. Giuseppe Armocida

Il sapere in medicina sta subendo una trasformazione alla quale corrisponde una riorganizzazione del sistema di insegnamento, che richiede un ripensamento a partire dalla fine, cioè dalle mutate finalità della medicina di oggi rispetto a quella di ieri. Laddove le conoscenze si sono fatte sempre più tecniche e scientifiche, con una conseguente parcellizzazione specialistica anche delle competenze mediche, la risposta sul piano didattico non si è fatta attendere e si è giunti alla formazione di accorpamenti e di corsi multidisciplinari, che sembrano voler ricucire strappi, allontanamenti e separazioni. Ma è bastato poco per capire che la somma delle singole discipline equivale a meno di quanto possa risultare dalla loro cooperazione e così alla multidisciplinarietà si è preferita l'interdisciplinarietà. Lo scarto è sostanziale e vale il concetto di raggruppare per livelli, senza differenze di gerarchie, ma con le distinzioni tra materie.

L'architettura del piano di studi è frutto di continui accorgimenti ed aggiornamenti e si articola lungo un percorso "storico" che dalle scienze di base conduce fino alle moderne acquisizioni di singoli campi del sapere medico, in una crescita che si sviluppa per aggiunte (di nozioni) ed ampliamenti (di applicazioni). L'avanzamento nell'apprendimento, però, non deve essere raffigurato come un processo lineare e continuo, essendo in parte libero di costruirsi all'interno di una costellazione di snodi di tecniche, di metodi e di pensiero. È il modo di porsi di fronte alle singole criticità che caratterizza l'atteggiamento in formazione del singolo medico, all'interno di una nuova medicina che permette un rapporto personalizzato, uno a uno, farmaco-paziente, medicina-paziente, mentre discute il valore del rapporto uno a uno medico-paziente. Se una tipica predisposizione d'animo contraddistingue i giovani che scelgono gli studi in ambito sanitario, c'è il dovere da parte dei docenti, specialmente i medici, di coltivare ed accrescere un sentimento che deve evolvere in una coscienza matura, pronta a prendere decisioni cliniche e responsabilità morali. Le Scienze Umane, nel proficuo scambio di idee tra esperti di storia della medicina, antropologia, pedagogia e bio-

etica, devono guidare gli studenti alla acquisizione di capacità, all'incrocio tra la logica dell'etica e le logiche della economia in sanità, aiutando il singolo a costruire una propria grammatica attraverso la quale dialogare - lungo diversi canali - con pazienti e colleghi. I problemi di natura "umana" devono essere proposti anche durante gli anni di formazione specialistica, così come nell'aggiornamento continuo dei medici, dal momento che "insegnano" a problematizzare ed a risolvere le difficoltà sempre nuove nel mutare del panorama epidemiologico, clinico e sanitario.

Le Scienze Umane addestrano a ragionare per differenze e non per sottrazioni. Infatti, non rinunciano agli apporti di discipline provenienti da aree estranee alla stretta logica del curare, ma riconoscono bene le identità, le origini ed i confini di dipartimenti che possono interessare le prospettive del sapere medico. Per facilitare il discorso, si può immaginare l'insieme delle Scienze Umane intersecato da altri insiemi, alcuni dei quali occupano più spazio e altri meno al suo interno, senza però mai sfiorare il nucleo centrale che è rappresentato dalla medicina. La medicina, quindi, costituisce con tutte le sue diramazioni più fini il cuore pulsante della Scienze Umane, un sottoinsieme che occupa il centro esatto dell'insieme più grande che lo contiene. In virtù di questa rappresentazione, i contenuti che hanno senso all'interno di discipline, come la filosofia della scienza, la storia, la sociologia, la psicologia, la letteratura ed altre, devono essere mediati proprio dalle Scienze Umane, per tradursi in un linguaggio che assuma nuovi significati all'interno della medicina. Siamo certi che non ha senso chiedere che ruolo abbiano oggi le Scienze Umane nella didattica della medicina. Determinato l'oggetto, resta nondimeno veramente meno determinato il soggetto e serve sapere chi è veramente il docente di Scienze Umane. È chiaro che il medico che insegna Scienze Umane deve curare la propria preparazione allargando l'abituale campo di conoscenze, mantenendo però intatta quella identità clinica che gli consente di calarsi nelle problematiche che costituiscono il fine del suo specifico specializzarsi e l'obiettivo del suo educare. Oggi le Scienze Umane si trovano in una organica definizione di settore scientifico disciplinare. Estranee a gabbie logiche chiuse nella specificità di singole discipline, sono già pronte nella rigorosa morfologia scientifica e svolgono appieno la loro missione nel campo medico, con i medici, con gli studenti e con i pazienti.

Aree di formazione ancora sottovalutate o inespresse, management e leadership medica

Prof. Walter Ricciardi

L'arrivo del nuovo millennio ha segnato, indubbiamente, un passaggio epocale nella centralità del sistema salute, oggi sempre più orientato alla creazione di valore ed occupato non più soltanto dai soli professionisti, ma soprattutto dai pazienti.

Fondamentale è, pertanto, il profondo ripensamento della figura del medico, che continua, inequivocabilmente, a giocare un ruolo fondamentale. (Gray, Ricciardi, 2009)

I medici, nello svolgimento della loro attività, sono continuamente chiamati ad operare scelte, prevalentemente orientate al raggiungimento dell'efficacia clinica (ovvero della capacità dello specifico intervento di raggiungere un determinato obiettivo di salute) e dell'appropriatezza (quale componente della qualità assistenziale che fa riferimento alla validità tecnico-scientifica, all'accettabilità ed alla pertinenza delle prestazioni sanitarie) (Damiani, Ricciardi, 2006).

Tali scelte comportano il consumo di risorse e, conseguentemente, incidono sulla determinazione della spesa sanitaria.

Internet offre invece ai pazienti un facile accesso alla medesima conoscenza cui accedono gli stessi medici, contribuendo al declino del potere basato sull'autorità sapienziale.

La risposta formativa alla rivoluzione in atto

Il percorso formativo dei medici non può pertanto non considerare i pilastri del management sanitario, ovvero la programmazione, l'organizzazione, la direzione e il controllo, funzioni di governo gestionale critiche per il successo dell'operato svolto nelle posizioni dirigenziali ricoperte e volte ad orientare l'organizzazione verso gli obiettivi di salute nel rispetto di criteri di efficacia ed efficienza.

Le procedure gestionali e decisionali all'interno dei sistemi sanitari presentano una complessità piuttosto elevata portando molto spesso alla creazione di situazioni organizzative conflittuali.

Per i clinici impegnati a fronteggiare la sfida manageriale sarà pertanto fondamentale conoscere i processi e i sistemi critici del contesto, per poter esercitare un'effettiva influenza sui fattori che determinano gli stessi.

La conoscenza delle modalità e dei canali di comunicazione all'interno dell'organizzazione e dei meccanismi decisionali e di realizzazione operativa sarà la chiave di volta per avere medici che riescano a dare un contributo importante alla direzione dell'azienda.

La rilevanza strategica ricoperta dalle risorse umane a livello di management rappresenta un valore inestimabile, soprattutto nella prospettiva della qualità totale: fondamentale è, infatti, la capacità dei ruoli dirigenziali di governare le diverse variabili che contribuiscono alla qualità delle prestazioni ed alla gestione delle risorse aziendali.

E' auspicabile ed essenziale, quindi, erogare una formazione che permetta di comprendere l'importanza delle risorse chiave del sistema nel ciclo di miglioramento delle *performance*.

Agire sui comportamenti professionali, attraverso la formazione, permetterà di far leva sulla variazione d'utilizzo dei servizi sanitari che può esser gestita prevalentemente sul versante dell'offerta (i.e. disponibilità e accessibilità ai servizi, stili di pratica medica, etc).

Garantendo l'appropriatezza, tanto clinica quanto organizzativa, delle prestazioni potremo contenere l'andamento incrementale della domanda e il conseguente sovra utilizzo delle sempre più scarse risorse disponibili.

La gestione della conoscenza aiuterà ad incrementare

il valore delle attività cliniche e gestionali, minimizzando i problemi di sempre: errori, incapacità di prevenire il prevenibile, sprechi, scarsa qualità dell'assistenza, variazioni incontrollate nelle politiche e nella pratica, cattiva esperienza del paziente, adozione iperentusiastica di interventi di scarso valore ed incapacità di trasferire la nuova evidenza scientifica nella pratica clinica.

Tali premesse potranno essere realizzate attraverso una formazione manageriale orientata non solo ad impartire nozioni core ma a sviluppare competenze "soft" che supportino efficacemente l'azione dei medici.

Conclusioni

Prof. Luigi Frati, On. Prof.ssa Paola Binetti

Ancora una volta si rende necessario progettare un cambiamento di passo in coloro che attualmente si occupano della formazione dei medici. Cogliere le nuove sfide formative è la responsabilità a cui non ci si può sottrarre se si vuole continuare a garantire un'assistenza di qualità ai malati, attraverso una nuova consapevolezza degli obiettivi che deve raggiungere la formazione dei medici. C'è un urgente bisogno di ricerca clinica, per affrontare temi e problemi che assillano nuove generazioni di malati, a cominciare da quelli affetti da malattie rare. C'è bisogno di rivedere trattamenti terapeutici in parte obsoleti o comunque scarsamente efficaci nel contrastare una sintomatologia dolorosa e debilitante. Accanto alla classica competenza clinica, che sembra procedere verso una direzione sempre più specialistica, occorre mantenere fermo l'obiettivo di una formazione di base che consenta al medico di avere una visione il più ampia possibile del malato. Paradossalmente si potrebbe dire che non ci servono specialisti di altissima competenza "tecnica", se hanno perduto la dimensione fondamentale della relazione medico-paziente. Una relazione che impegna l'uno e l'altro a livello personale, nella complessità del loro essere uomini e quindi anche nella complessità biologica del malato, che ha diritto di essere visto e considerato nella sua unità oggettiva e soggettiva. Ma accanto alla continua valorizzazione del profilo clinico generale occorre prestare grande attenzione fin dai primi anni del corso di laurea anche alla vasta tematica della sanità pubblica, alla prevenzione e alla sempre più indispensabile riabilitazione, legata all'incremento progressivo delle cronicità e delle diverse forme di disabilità. Sono alcuni tra i temi più importanti su cui le facoltà di medicina sono chiamate a riflettere anche attraverso le forti implicazioni di natura economica e l'ormai indifferibile necessità di ripensare gli assetti organizzativi della sanità, in cui i costi lievitano in maniera non più gestibile né a livello locale, né a livello regionale né a livello nazionale.

Il tema dei livelli essenziali di assistenza, i classici LEA, ha molto a che fare anche con la riflessione sul *core curriculum*, perché anche un giovane medico in *working progress* possa sapere fin dal primo momento cosa potrà prescrivere ai propri pazienti e cosa dovrà

esigere che venga garantito ai suoi pazienti in un piano di cura realistico, in cui appropriatezza ed efficacia, siano saldamente intrecciate alla competenza clinica e alle nuove domande di etica professionale. Ma i piani di studio della facoltà di Medicina non sembrano corrispondere adeguatamente alle nuove e mutate esigenze della sanità. La prevenzione non occupa, in termini di crediti formativi, lo spazio necessario a creare negli studenti di medicina la forma mentis necessaria a svolgere un'efficace lavoro di formazione-informazione con i loro pazienti, cominciando quando questi non sono ancora neppure pazienti.

Negli anni 90 le facoltà di medicina più attente e sensibili alle proposte spesso innovative della pedagogia medica cercarono di passare da un approccio teacher centered ad uno student centered. Sembrava una rivoluzione copernicana: mettere al centro dell'universo formativo non il maestro che insegnava, ma lo studente che doveva apprendere. Occorreva imparare a ragionare in termini di obiettivi di apprendimento, selezionando i problemi da cui poi gli studenti avrebbero dovuto ricavare gli elementi strutturali del loro sapere medico. Il dibattito tra gli esperti era spesso concentrato sulle nuove metodologie didattiche, sui criteri di valutazione degli studenti. Oggi tutto ciò appare certamente utile, ma decisamente insufficiente. Prevenzione e riabilitazione per essere davvero efficaci richiedono una mentalità capace di valorizzare intensamente la relazione con il paziente: servono nuovi modelli di comunicazione, che facciano partecipare il paziente a tutto il processo di tutela e di cura della sua salute. In altri termini occorre fare un passo avanti e integrare il modello *student centered* con quello *patient centered* o ancor meglio con un approccio che anticipa lo status di malato e di malattia. Evidentemente cambiano alcune modalità relazionali importanti, perché cresce la conoscenza e la cultura medica del cittadino che cerca sul web risposte ai suoi dubbi e alle sue paure, prima ancora di sottoporli al medico. Non si accontenta delle proposte del medico e cambia medico con grande facilità quando ciò che ascolta non è di suo gradimento nella sostanza o anche semplicemente nel modo. È il nuovo paziente esperto con cui molti medici non riescono a stabilire la giusta relazione di empatia, per ottenerne l'indispensabile *compliance* al trattamento. Eppure è proprio da questa convergenza di fattori che occorre ripensare la formazione in medicina, individuando tre criticità di natura temporale: l'accesso alla facoltà di medicina; la formazione *in itinere* fino all'esame di abilitazione, l'accesso alla scuola di specializzazione.

1. Ripensare i criteri di selezione degli aspiranti medici in modo da non delegare l'onere della prova solo ai quiz con domande a scelta multipla; è necessario valutare il curriculum degli studi precedenti, magari ricorrendo ad un punteggio comparativo ponderato e diventa sempre più urgente rivedere il problema del punteggio, che consente l'ammissione effettiva. Non c'è dubbio che gli aspiranti-studenti di medicina vivano come una ingiustizia il fatto che in una sede si possa entrare con punteggi molto più bassi, mentre studenti che hanno conseguito valori più alti restano esclusi, solo perché

hanno avuto la sfortuna di capitare in una batteria più veloce. È ben nota la riserva che si fa su questo punto: il nostro diritto allo studio non offre risorse adeguate agli studenti, neppure ai più meritevoli, per cui lo spostamento di sede potrebbe diventare insostenibile per le famiglie. Ma in attesa di soluzioni più eque sul piano nazionale si potrebbe almeno valutare la possibilità di inserire una graduatoria regionale tra coloro che affrontano gli esami di ammissione per evitare che vengano esclusi in una sede, quanti a parità di punteggio sono ammessi in altra sede. Una graduatoria regionale potrebbe ridurre i costi di tipo logistico a carico delle famiglie;

2. Superare la fase attuale che induce gli studenti ad una specializzazione troppo precoce; molti di loro entrano da interni nell'area in cui sperano di fare la specializzazione. Li muove spesso l'interesse concreto per quel settore, ma anche la paura di non riuscire ad entrare subito dopo la laurea e quindi di dover trascorrere vari anni in attesa di poterlo fare. Questo implica fermezza nell'esigere che seguano tutti i tirocini previsti dal curriculum e che sostengano tutti gli esami del piano di studi con la stessa serietà. Rende necessario però rivedere i criteri di accesso alle scuole di specializzazione, per evitare il rischio che lo studente vada restringendo sempre di più l'orizzonte dei suoi interessi e delle sue competenze. Il paradosso è che poi si tenta di recuperare la formazione generale quando entra nella scuola di specializzazione, attraverso crediti lodevoli, ma francamente contraddittori con quanto si è fatto prima; Per questo è necessario aumentare il numero di posti disponibili per le scuole di specializzazione, includendo anche le scuole di Medicina generale. Ogni studente che si laurea, e che possiede i requisiti necessari, deve poter accedere alla specializzazione dopo aver sostenuto l'esame di abilitazione, senza inutili attese, dal momento che la specializzazione oggi costituisce un requisito essenziale per accedere a qualsiasi tipologia di lavoro professionale. In fase di programmazione se si prevedono, ad esempio 10.000 accessi e si calcola che l'85-90% degli studenti di medicina si laurea in corso, occorre prevedere almeno 8.500 posti complessivi per la specializzazione;

3. Ridurre il tempo che intercorre tra la tesi di laurea e l'esame di abilitazione, riportando il tirocinio valutativo di tre mesi nell'arco dei sei anni previsti dal piano di studi della Facoltà di Medicina e anticipando la prova finale con DSM sull'intero curriculum prima della difesa della tesi. In tal modo gli studenti potrebbero laurearsi e abilitarsi all'esercizio della professione nella stessa sessione di esami. Diventerebbe così più agevole l'iscrizione ai concorsi per l'ammissione alle scuole di specializzazione, che potrebbero svolgersi nel novembre dell'anno di laurea, evitando dispersioni di tempo e consentendo ai medici di completare il loro iter formativo, già lungo, in 11 anni, 6 anni per laurearsi più cinque. anni per specializzarsi. In tal modo l'ingresso effettivo nella professione potrebbe avvenire intorno ai 30 anni, mentre ora i tempi sono davvero troppo lunghi!

Sportello di Counseling-Accoglienza Studenti

“Fatti vivo!”

Un’opportunità per gli Studenti di Sapienza

Gabriele Cavaggioni, Claudia Lia, Eliana Lai (*Sapienza Università di Roma*)

The University Counseling Services were established in the United States in the late 1930s and afterwards became widely popular in Europe. Psychological counseling plays a primary role to fight the stigma against mental illness and significantly contributes to prevention. In November 2008, the university counseling service “Fatti vivo!” was established in “Sapienza” University of Rome. It addresses the university students, particularly medical students. The service provides 3-4 weekly meetings with a six-months follow-up and, if necessary, a post-counseling individual or group therapy and/or pharmacotherapy. We received 160 requests and 132 route consultations were activated, with a drop-out percentage of 21,6%. The mean age of the sample was 24,7 years (37,3% Male, 62,7% Female). While the 21,6% of the sample reported troubles to study, the 50% reported difficulties to study connected with other problems (such as anxiety, asthenia, difficulty in relationships) and the 28,4% reported psychiatric symptoms. The 23,5% of the students were diagnosed with at least one Axis I psychiatric disorder, assessed by DSM IV-TR. The 43,1% of the sample was proposed a post-counseling group psychotherapy, while the 25,5% received other indications (individual psychotherapy and/or pharmacotherapy).

Il counseling universitario

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce il *counseling* come “un processo focalizzato, limitato nel tempo e specifico, che tramite il dialogo e l’interazione personale mette in condizione gli individui di gestire i problemi e rispondere a disagi e bisogni psicosociali nel modo migliore possibile secondo le loro potenzialità”¹.

I servizi di *counseling* universitari sono sorti negli Stati Uniti alla fine degli anni trenta e hanno poi trovato ampia diffusione anche in Europa².

Il *counseling* psicologico in modo specifico, ha trovato spazi propri nelle Università, con offerte ampie ed eterogenee. È questa un’attività che non si limita all’orientamento o al mero supporto di particolari utenti. Prevedendo tra i propri compiti quello dell’informazione psicologica, dell’analisi della domanda e della dia-

gnosi psicologica precoce, riveste un ruolo primario nella lotta allo stigma contro la malattia mentale e favorendo la soluzione di situazioni che possono trasformare il disagio esistenziale e relazionale in psicopatologia, contribuisce significativamente all’opera della prevenzione.

In Italia il primo servizio di *counseling* in ambito universitario è stato istituito negli anni ottanta presso la Cattedra di Psicologia dell’Università di Napoli.

Nel 12 novembre 2001 è stata fondata l’Associazione Universitari, Relazione d’Aiuto e Counseling (AURAC). Al centro dell’attività dell’Associazione si pongono lo studio, la ricerca, la formazione, le iniziative editoriali e l’aggiornamento culturale nel settore della relazione d’aiuto e del *counseling* svolgendo o partecipando ad una serie di attività di carattere scientifico e culturale e monitorando la realtà universitaria in riferimento ai servizi di aiuto psicologico mediante annuali riunioni in Congresso in diverse sedi.

Lo sportello di counseling-accoglienza studenti “Fatti vivo!”

Sulla base di queste esperienze ed alla luce di ricerche svolte in collaborazione con il “Dottorato di ricerca in Psichiatria: Interventi precoci nelle psicosi”³, nel novembre 2008, con l’approvazione dell’attuale Rettore Prof. Luigi Frati, del Preside Prof. Eugenio Gaudio e di tutta la I Facoltà di Medicina e Chirurgia della ‘Sapienza’ Università di Roma, è stato attivato presso la UOD di Psicoterapia del dipartimento di Neurologia e Psichiatria uno sportello di *counseling-accoglienza* studenti dal nome “Fatti vivo!”, rivolto a tutti gli studenti iscritti all’università, con particolare riferimento alla I Facoltà di Medicina e Chirurgia.

La scelta di rivolgersi a questo specifico uditorio nasce da diverse considerazioni. Prima fra tutte, l’idea che l’ingresso all’Università impone allo studente il passaggio ad una nuova modalità di formazione e di rapporto con la realtà. Questo non di rado sollecita l’emergenza di un ampio spettro di problematiche psicologiche. Tra queste, le più frequenti sono il conflitto tra dipendenza ed autonomia e le reazioni allo stress, con importanti ripercussioni sull’iter didattico e formativo.

Il servizio è presente sulla *homepage* di molte Facoltà e diversamente pubblicizzato. Ha una propria pagina web (HYPERLINK “http://w3.uniroma1.it/fattivivo/?page_id=2”http://w3.uniroma1.it/fattivivo/) ed è facilmente fruibile in quanto agevolmente raggiungibile e gratuito.

Le motivazioni che hanno indotto la sua costituzione sono diverse, dalla necessità di rispondere in generale agli obiettivi principali della Medicina attuale (ridurre la prevalenza, l'incidenza e la cronicizzazione delle malattie) e più specificatamente a quelli della Psichiatria (la prevenzione nel riconoscimento ed intervento sui prodromi e la presa in carico dei pazienti al loro esordio psicopatologico), all'analisi della recente letteratura che sottolinea il dato inquietante dell'insorgenza di disturbi psichiatrici gravi nel 75% dei casi prima dei 24 anni⁴.

Gli studenti universitari non solo rientrano in questa fascia d'età, ma rappresentano anche una categoria significativa di “giovani adulti” (ovvero, la potenziale futura classe dirigenziale).

Tuttavia, solo una minoranza di giovani con problematiche psicopatologiche cerca un aiuto specialistico. Da uno studio effettuato nel nostro ateneo⁵, su un campione di 1660 studenti universitari, è emerso che il 46,4% degli studenti ha sentito almeno una volta l'esigenza di rivolgersi ad uno psichiatra/psicologo, anche se solo il 31,0% di questi lo ha effettivamente fatto. Questo parrebbe significare che nel 69,0% dei casi l'esigenza di una richiesta d'aiuto rimane una “domanda inespressa” per “paura” (31,4% dei casi), “costo” (25,1% dei casi), “sfiducia” (23,5%

dei casi) e “disinformazione” (20,0% dei casi).

Inoltre l'82,6% degli studenti troverebbe utile un servizio di supporto psicologico/psichiatrico pubblico esclusivamente dedicato alla fascia di popolazione dei “giovani adulti”. Date le sue caratteristiche, lo sportello risponde in pieno a questa richiesta.

Caratteristiche organizzative

La prenotazione di un incontro è possibile telefonando alla segreteria dello sportello, collegandosi all'indirizzo web o inviando una mail all'indirizzo e-mail: HYPERLINK “mailto:fattivivo@uniroma1.it”fattivivo@uniroma1.it. Il tempo medio di latenza tra la richiesta ed il primo incontro è di circa 7,4 giorni.

Il servizio è caratterizzato da 3-4 incontri gratuiti della durata di circa 50 minuti l'uno effettuati da personale medico specialista in psichiatria (nei quali viene somministrata una batteria di test psicodiagnostici). Se da questi incontri non risulta necessaria una cura e quindi nessuna indicazione terapeutica, si fissa un incontro di *follow-up* dopo sei mesi. Se, invece, dai primi incontri si evince una necessità di cura, lo sportello offre la possibilità di presa in carico in psicoterapia di gruppo *post counseling*, psicoterapia individuale e/o farmacoterapia in relazione al quadro psicopatologico dello studente. In particolari circostanze, può avvenire un invio presso il centro di salute mentale (CSM) di competenza territoriale o altri servizi pubblici. Per tutti gli utenti è previsto un incontro di *follow-up* dopo sei mesi. (Fig. 1)

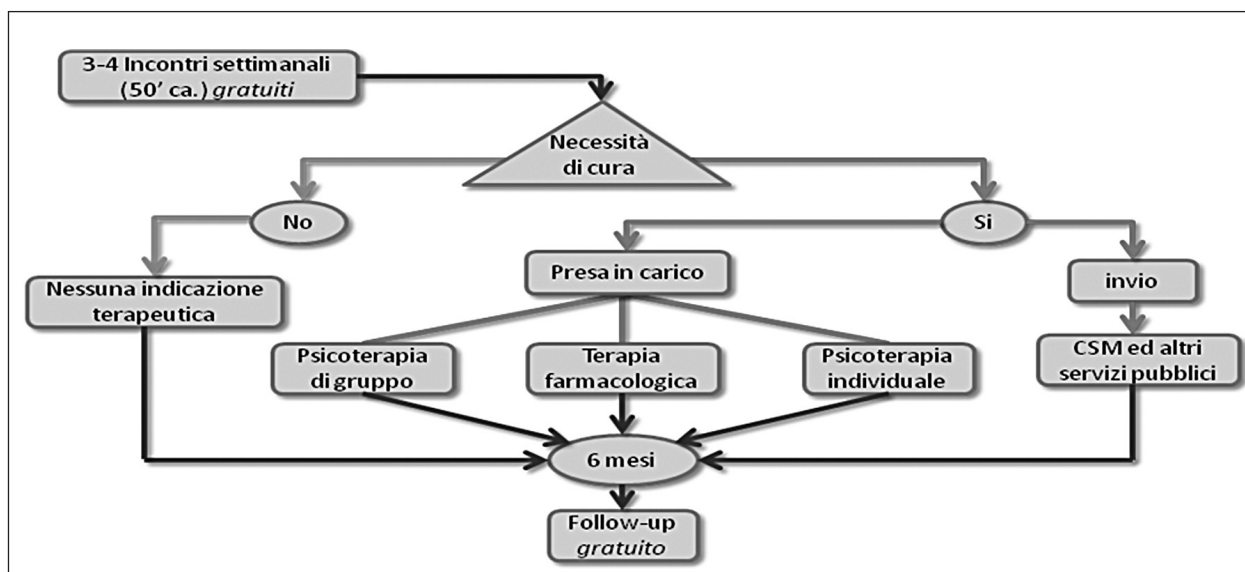


Fig. 1 - Attività del servizio 'Fatti vivo!'.

Alcuni numeri

Ad oggi abbiamo ricevuto 160 richieste di colloquio, sono stati attivati 132 percorsi di consultazione, sono stati effettuati 435 incontri, di cui 67 di *follow-up* ed abbiamo registrato il 21,6% di *drop-out*.

L'età media degli utenti è di 24,7 anni (σ 3,9). Gli studenti di sesso maschile rappresentano il 37,3%, quelli di sesso femminile il 62,7%. Per ciò che riguarda la provenienza geografica, il 47,8% degli studenti sono fuori sede, il 42,4% sono in sede, mentre il 9,8% sono pendolari. Il 13,5% degli studenti ha già conseguito la laurea, il 62,8% degli studenti dichiara di essere in corso, il 23,5% fuori corso. (Fig. 2)

Il 19,4% degli studenti ha dichiarato di aver fatto uso di sostanze d'abuso (in particolare cannabis) e l'11,8% ne farebbe tuttora uso. Il 20,6% ha dichiarato di far uso di alcol prettamente nel finesettimana. Il 18,6% degli utenti ha in anamnesi pregresse cure psichiatriche (terapie farmacologiche e/o psicoterapie).

La maggior parte degli studenti che si sono rivolti allo Sportello provengono dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia (Fig. 3), seppure questo dato sia influenzato dalla diversa modalità di presentazione dello Sportello, più diretta inizialmente per gli studenti di medicina, e comunque nel tempo si sta uniformando.

Indagando la motivazione alla richiesta d'aiu-

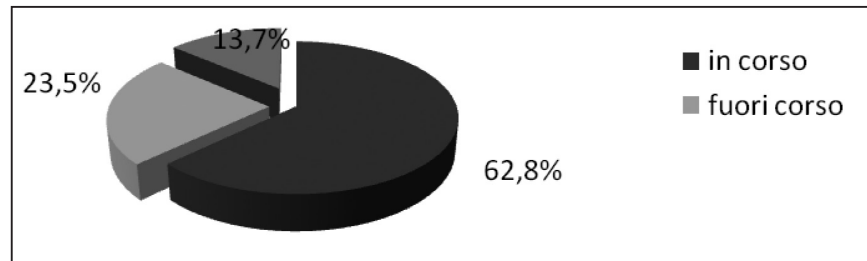


Fig. 2 - Distribuzione inserimento didattico.

to presso lo sportello si è visto che il 21,6% degli studenti dichiara esclusivamente difficoltà negli studi; il 50% oltre alla difficoltà negli studi lamenta altre problematiche quali difficoltà relazionali, deflessione del tono dell'umore, sintomi di natura ansiosa, astenia, scarsa autostima; il 28,4% motiva la richiesta con la presenza di una sintomatologia psichiatrica. (Fig. 4)

Al 23,5% degli studenti è stato diagnosticato un disturbo psichiatrico in Asse I del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, (DSM IV) con l'ausilio della *Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders Clinical Version (SCID- I cv)* che viene redatta in occasione del primo colloquio. Di questi il 58,3% ha ricevuto diagnosi di Disturbo dell'Adattamento seguito dai Disturbi dell'umore, d'Ansia e dai Disturbi Psicotici. (Fig. 5)

L'indicazione terapeutica per il 43,1% degli studenti è stata la psicoterapia di gruppo *post-counseling*; il 31,4% non ha ricevuto nessuna indicazione terapeutica; il restante 25,5% ha avuto invece un'altra indicazione (invio o presa

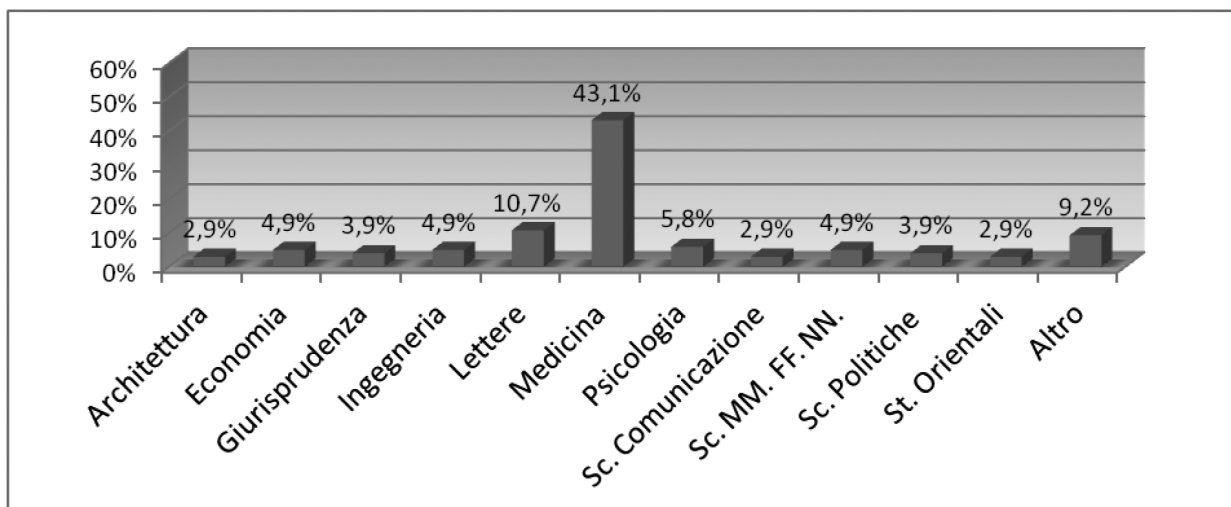


Fig. 3 - Facoltà di provenienza.

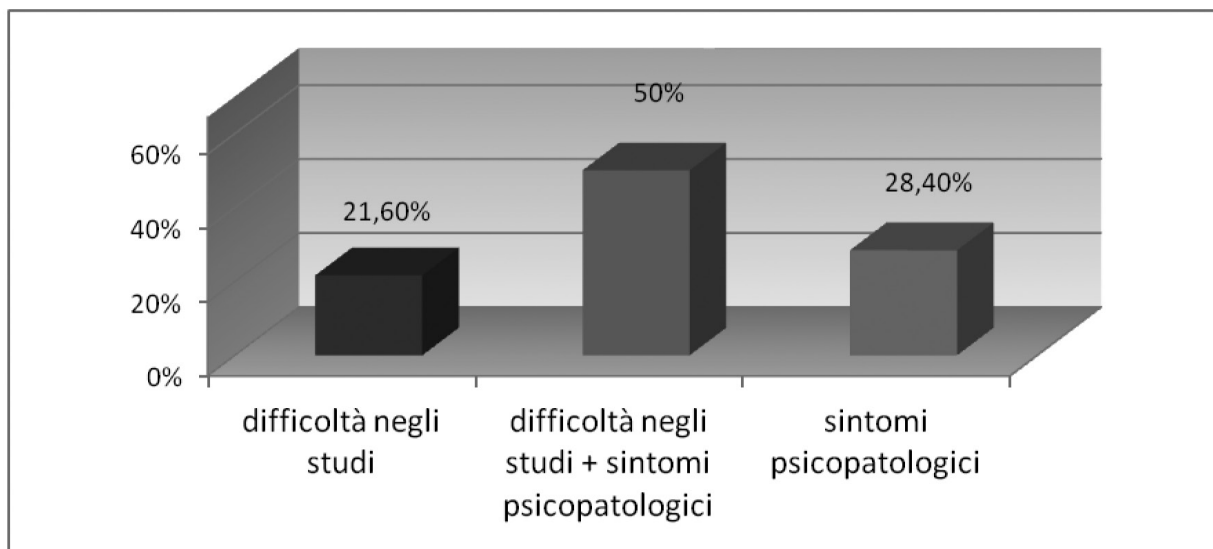


Fig. 4 - Motivazioni della richiesta d'aiuto.

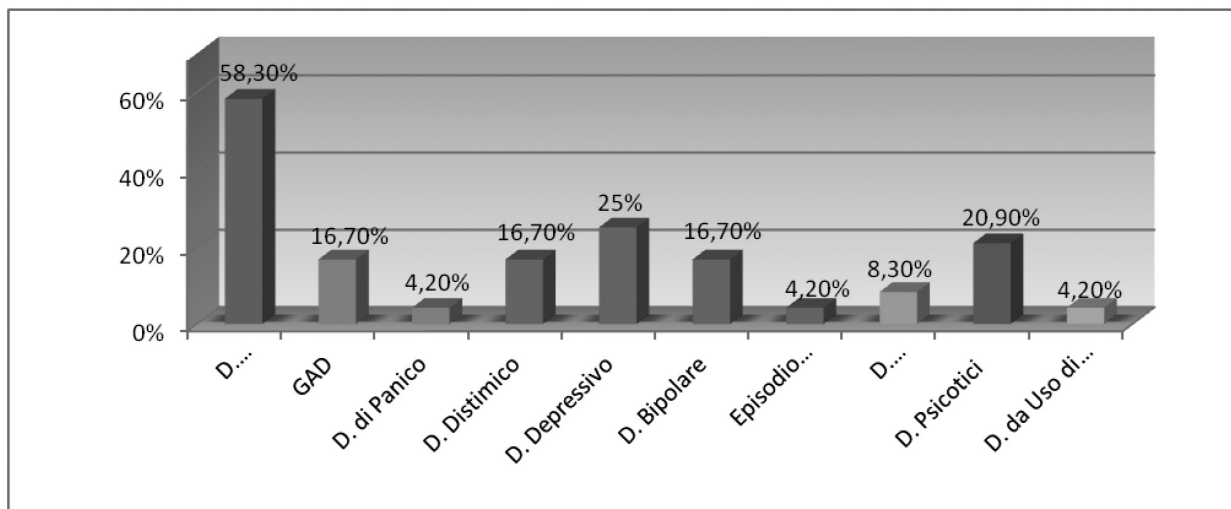


Fig. 5 - Disturbi presentati.

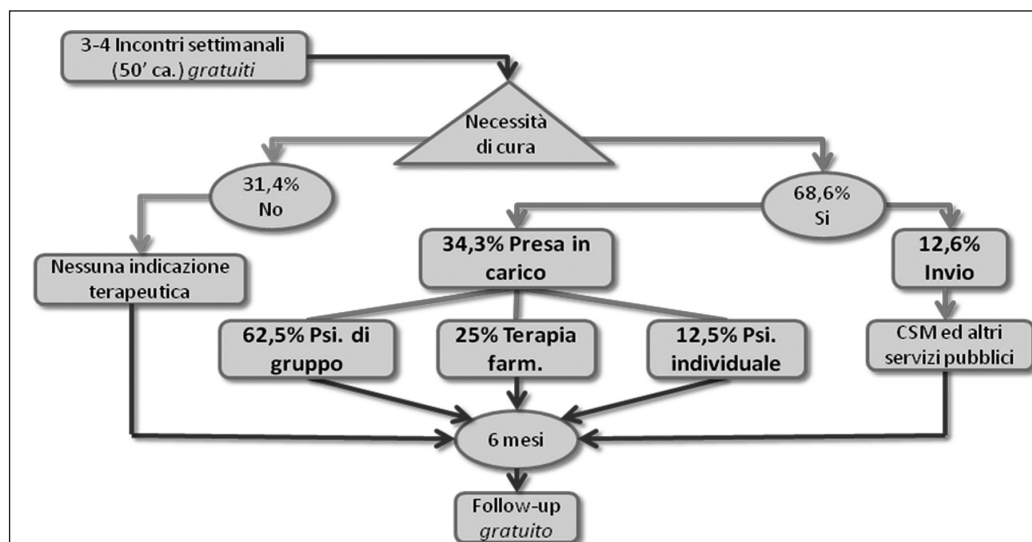


Fig. 6 - Interventi attivati.

in carico per una psicoterapia individuale e/o una farmacoterapia). Gli interventi attivati per gli utenti che necessitavano di una cura (68,6%) sono, quindi, la presa in carico nella nostra UOD per 34,3% e l'invio presso altri servizi pubblici per 12,6%. (Fig. 6)

Conclusioni

L'attività che viene portata avanti e gli obiettivi futuri hanno come fine comune la prevenzione: primaria nell'individuazione degli stadi premorbosi e per questi l'istituzione di una psicoterapia di gruppo *post-counseling* dedicata; secondaria con il riconoscimento degli stati prodromici e delle franche patologie psichiatriche e attuando per questi terapie adeguate.

Attive in ultimo sono diverse collaborazioni. Tra queste le più significative in Sapienza sono, come accennato, quella con il Dottorato in Psichiatria "Interventi Precoci nelle Psicosi" e quella con la Commissione *Medical Education* della Facoltà di Medicina, per il recupero del *drop-out*/ritardo studentesco. Parimenti molteplici sono le compartecipazioni in ricerche ed attività sia con partner nazionali (il Centro *Counseling*

dell'Università di Padova e l'AURAC) che europei (i servizi di *counseling* dell'Università di Oxford e di Cambridge).

Bibliografia

- 1) World Health Organization: Global Programme on AIDS, Psychosocial counseling for persons with HIV infection, AIDS and related disease. Ginevra, 1989
- 2) Di Fabio A, Sirigatti S (a cura di): *Counseling. Prospettive e applicazioni*. Ponte alle Grazie, Milano, 2005
- 3) Armando M, Dario C, Rigetti V, Saba R, Cavaggioni G, Lia C, Fiori Nastro P: Distribuzione della sintomatologia depressiva e ansiosa e correlazione con le condotte di Help-Seeking in un campione comunitario di giovani adulti. *Clin Ter* 2010; 161 (2): 25-32
- 4) Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, et al: Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007; 369: 1302-13
- 5) Armando M, Dario C, Rigetti V, Saba R, Cavaggioni G, Lia C, Fiori Nastro P: Distribuzione della sintomatologia depressiva e ansiosa e correlazione con le condotte di Help-Seeking in un campione comunitario di giovani adulti. *Clin Ter* 2010; 161 (2): 25-32
- 6) American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edn). Washington DC, 1994
- 7) Lia C, Gallo V, Frassanito A, Cavaggioni G, Lai E: Prevalence of Mood Disorders in a university students population. *Clin Ter* 2011; 162(3):e67-e72.



Consiglio Universitario Nazionale

Per quanto riguarda l'attività del CUN tra il novembre 2011 e il febbraio 2012, essa ha coinciso con l'insediarsi della compagine ministeriale del governo Monti. All'inizio del mese di novembre è stato firmato un protocollo di intesa tra il CUN e la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Con la stipula di questo protocollo si avvia un rapporto di reciproca e continuativa collaborazione fra i due Organismi sulle seguenti aree di intervento: relazione tra Sistema Sanitario e Sistema Universitario; Diritto allo studio; Sviluppo del territorio; Istruzione Tecnica Superiore (ITS), formazione superiore universitaria e alta formazione. Il 23 novembre il Ministro prof. Francesco Profumo ha incontrato il Consiglio Universitario Nazionale esprimendo la propria volontà di intraprendere un costante dialogo con il CUN sulle politiche inerenti al sistema universitario nazionale.

Per quanto riguarda le questioni aperte sul fronte della didattica e le criticità che gli atenei stanno incontrando per quanto riguarda l'applicazione del D.M. n. 17/2010, il CUN ha approvato una mozione nella quale si richiede una revisione delle norme contenute nel decreto e auspica un congelamento delle disposizioni della summenzionata nota consentendo agli Atenei di operare secondo le stesse condizioni dell'a.a. 2011/2012.

Nell'ambito degli incontri con gli organi istituzionali a dicembre si è tenuto un incontro il prof. Fantoni, presidente dell'ANVUR e il prof. Benedetto, componente del Comitato Direttivo dell'Agenzia e responsabile dell'esercizio di valutazione della ricerca. In tale occasione si è deciso di programmare una serie di incontri su problematiche di comune interesse per il miglioramento qualitativo del nostro sistema universitario nazionale.

Proprio in vista di un miglioramento delle modalità di finanziamento della ricerca l'11 gennaio è stata approvata una nota contenente le osservazioni del CUN sul Bando PRIN 2010 in gran parte recepite dal MIUR.

Il 26 gennaio ha avuto luogo a Roma, presso l'aula magna del CNR, il convegno dal titolo *Lo spazio europeo dell'istruzione superiore: analisi della attualità e proposte di sviluppo* organizzato dal CUN in collaborazione con il Comitato per lo Sviluppo della Cultura Scientifica e Tecnologica del MIUR. I lavori sono stati introdotti dal presidente del CUN Andrea Lenzi, seguito da Doris Pack, presidente della Commissione Cultura e

Istruzione del Parlamento europeo e da Luigi Berlinguer, presidente del Comitato per lo Sviluppo della Cultura, della Scienza e della Tecnica del MIUR che hanno analizzato la situazione attuale dell'attuazione del processo di Bologna. La giornata si è poi articolata in due tavole rotonde. La prima dedicata al I e al II livello della formazione universitaria e la seconda al III livello, il dottorato di ricerca.

Fabio Naro (Sapienza Università di Roma)
Segretario Consiglio Universitario Nazionale

Conferenza Permanente dei Presidenti di CLM in Medicina e Chirurgia

Roma 27 febbraio 2012

Comunicazioni del Presidente.

Il Presidente dà notizia del documento dell'Anao sulla medicina universitaria, che viene fortemente criticato. Comunica che è in via di definizione il decreto sugli indicatori e parametri per l'abilitazione cui seguirà l'iter successivo con bando e concorso locale. Non sono ancora noti i termini per il bando per la prova di ammissione alle Scuole di Specializzazione. In riferimento alle malattie rare, c'è la conferma che esse vengono studiate in diversi corsi integrati del Corso di Laurea.

Hot Topics (Coordinatori E. Gaudio e A. Lenzi):

a) Abbreviazione del percorso formativo. Il Prof. Gaudio riferisce che è stato costituito un tavolo tecnico cui partecipano fra gli altri i Proff. Cardinale, Frati, Gaudio, Lenzi, Furlan, Familiari, che prenderà in considerazione la modifica dell'esame di stato, il tirocinio svolto durante il corso di laurea, l'attività presso i medici di famiglia riportata nell'ambito del corso di laurea e il progress test come forma di esame di stato breve o all'interno dell'esame di laurea abilitante.

b) Accesso al Corso di Laurea. Prova di ammissione obbligatoria con valutazione del percorso scolastico degli ultimi anni e voto di maturità ponderato e per quanto riguarda le domande diminuire quelle nozionistiche e con testi poco accettabili.

c) Per quanto riguarda le Scuole di Specializzazione, il Prof. Gaudio riferisce che si sta studiando la possibilità di aumentare di 1.000/1.500 i contratti senza aumentare il percorso degli studi.

d) Il Prof. Gaudio illustra dettagliatamente la mozione approvata nella Conferenza Presidi che ritiene che "da un punto di vista culturale, pedagogico ed organizzativo, i Corsi di Laurea Magistrale

in Medicina e Chirurgia, così come quelli di Odontoiatria e P.D. e delle Professioni Sanitarie, non possano in alcun modo essere ricondotti a responsabilità gestionali dei singoli Dipartimenti, ma debbano essere gestiti da specifici Consigli dei Corsi di Studio coordinati e razionalizzati, anche ai fini della Offerta Formativa, dalle strutture di raccordo (Facoltà e Scuole) così come previsto dalla Legge". Il Presidente pone in votazione questa mozione che viene approvata all'unanimità.

e) Il Presidente, per favorire una maggiore integrazione fra le due anime della Conferenza, quella generale e quella pedagogica, comunica che l'atelier pedagogico si terrà sempre nel pomeriggio della prima giornata ed introduce il successivo punto del giorno.

Etica e salute globale

Il Prof. S. Semplici, con una brillante e dotta presentazione, ha posto l'accento sull'insegnamento dell'etica medica da non confondere con la bioetica e il diritto alla salute globale che è marginale nella cittadinanza, nei mezzi di comunicazione e anche presso i medici, anche se sono stati proprio i medici a prendersi cura dei clandestini. Ricorda gli assi di valore del medico (*ego adiuwans, sapiens, fungius, cupiens*) con combinazioni diverse che devono far parte dell'insegnamento dell'etica della medicina. Ricorda che una preparazione alla salute globale fa parte della formazione del medico e deve essere considerata nell'etica della docenza. L'etica medica deve tenere conto dell'appropriabilità del sapere scientifico, della distribuzione delle risorse e della legittimità del double standard.

Il Prof. Gallo nel ringraziare il Prof. Semplici per la magnifica relazione, propone alla Conferenza la possibilità che la Commissione di "Innovazione Pedagogica" possa organizzare degli atelier satelliti su temi-base di pedagogia medica, riservati ai Presidenti di CL (e ai loro collaboratori nelle iniziative di Medical Education), e che invierà un questionario per conoscere disponibilità e richieste dei Presidenti.

Si da inizio alle procedure elettorali per il rinnovo della Presidenza e VicePresidenza della Conferenza: per acclamazione viene eletto Presidente il Prof. Andrea Lenzi e Vice Presidenti la Prof.ssa Stefania Basili e la Prof.ssa Rosa Valanzano.

Successivamente viene presentato il nuovo sito web della Conferenza che presenta numerosi aspetti pratici e funzionali di grande rilievo e contiene tutti i numeri della rivista Medicina e Chirurgia.

Il Prof. Cavaggioni presenta una proposta per un modello di test psico-attitudinale per l'ammiss-

sione al corso di laurea e ne sottolinea i limiti e i vantaggi.

Infine il Prof. Tenore illustra con grande maestria ed efficacia i risultati del progress test del 2011 rapportati alle esperienze dei cinque anni precedenti.

Viene proiettato il Sommario del n. 54 della rivista della Conferenza Medicina e Chirurgia.

Il prossimo incontro della Conferenza si terrà il 13 e 14 aprile a Padova.

Amos Casti

Segretario della Conferenza Permanente dei Presidenti di CLM in Medicina e Chirurgia

Mozione congiunta Presidi - Presidenti CLM

La mozione votata all'unanimità dalle due Conferenze, riportata a pag. 2381 è stata trasmessa al CUN che ha espresso il parere sottoriportato

**Ministero, dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Consiglio Universitario Nazionale**

Prot. n. 260 All'On.le Ministro Spedito il 7/3/2012

Oggetto: Mozioni della Conferenza permanente delle Facoltà di Medicina e Chirurgia del 23 febbraio e della Conferenza permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale di Medicina e Chirurgia del 27 febbraio 2012.

Adunanza del 6/3/2012

In relazione alla mozione della Conferenza permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina del 23 febbraio 2012 e della Conferenza permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia del 27 febbraio 2012

IL CUN

Ritiene che, come previsto dalla Legge 240/2010 nonché dalla recente nota 169 del 31 gennaio 2012 e relativo allegato, debba essere riconosciuta la specificità dell'Area Medica e che pertanto sia data chiara indicazione agli Atenei che il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia debba avere, come "riferimento", la Struttura di raccordo e non un singolo Dipartimento.

Si richiede che l'amministrazione indichi agli Atenei la necessità di una omogeneità di comportamento in tale senso al fine di non porre in dubbio la validità del titolo stesso della Laurea a ciclo unico nella sua valenza nazionale ed europea. Si chiede anche che vengano indicate agli Atenei possibili soluzioni tecniche di tipo amministrativo, quali ad esempio la gestione dei fondi del Corso da parte del Dipartimento di afferenza del Coordinatore *pro-tempore* della Struttura di raccordo o del CLM stesso.

IL SEGRETARIO
(firmato LIVON)

IL PRESIDENTE
(firmato LENZI)

**Conferenza Presidenti CLM Medicina e Chirurgia
Rinnovo del Consiglio di Presidenza
per il triennio 2012-2015**

È stato confermato per acclamazione Presidente il Prof. Andrea Lenzi. Sono stati eletti come Vice Presidenti la Prof.ssa Stefania Basili e la Prof.ssa Rosa Valanzano.

Il Presidente ha confermato per il triennio il prof. Amos Casti quale Segretario.

**Conferenza Permanente delle Classi di
Laurea delle Professioni Sanitarie
Meeting di autunno, 15-17 settembre 2011**

Nella splendida cornice di Portonovo e della calorosa accoglienza di Giovanni Danieli, si è riunita lo scorso 16 e 17 settembre la Conferenza Nazionale dei Corsi di Laurea Triennali e delle Lauree Magistrali delle professioni sanitarie. Un gruppo cospicuo di Coordinatori e Presidenti partecipanti alla Consensus Conference sul tirocinio si era già riunito nella giornata precedente l'inizio dei lavori, sotto la guida di Saiani e Bielli per perfezionare un documento sui criteri e metodi di valutazione delle competenze raggiunte in tirocinio che costituisce un'area problematica ad altissima variabilità tra le professioni e su cui, considerata la natura professionalizzante dei corsi, vi è una elevata esigenza guida e supporto alle decisioni. Le aree di consenso e le implicazioni operative anche da introdurre nei Regolamenti Didattici in fase di definizione dagli Atenei, sono state presentate nella prima ricchissima sessione da Saiani e Bielli in cui sono state riportate/condivise alcune esperienze avanzate sul tema della valutazione. Laura Canovi e Massimiliano Contesini, del CDL per Tecnici di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia dell'Università di Modena e Reggio Emilia, hanno illustrato come valutare le competenze raggiunte dagli studenti del primo anno; Dina Moranda e il team dei formatori dell'Università Vita e Salute San Raffaele, hanno riportato l'esperienza di implementazione dell'OSCE nel CDL in Infermieristica; Cecilia Pizzi, ha proposto infine uno strumento di valutazione delle competenze di tirocinio per uniformare le schede di valutazione nei CDL in Fisioterapia dell'Università La Sapienza.

La seconda sessione pomeridiana, coordinata da Palese e che ha generato un articolato dibattito, si è focalizzata sulle problematiche attinenti alle Lauree Magistrali. Angelo Mastrillo

ha evidenziato la progressiva riduzione dei posti programmati a livello nazionale e l'importante variabilità tra regione anche dei posti assegnati a ciascuna università (da 10 a 50); Renzo Zanotti a nome del gruppo di lavoro sulla Laurea Magistrale della prima classe, ha riferito i risultati della *survey* appena conclusa a livello nazionale che ha posto in evidenza a) le difformità rilevanti nel percorso formativo delle Lauree Magistrali; b) la elevata riproposizione di vecchi assetti; c) l'assenza di una filosofia formativa comune; d) l'assenza di linee-guida o criteri applicativi condivisi tra Atenei. Di fatto, dall'analisi dei piani di studio emersi condotta, la laurea Magistrale programmata sul fabbisogno di un solo ruolo/funzione, è meno spendibile del Master in Coordinamento e non è collegata al contesto internazionale (*Master in Nursing Science*, livello avanzato di competenza anche clinica = accesso al *Doctor of Nursing Practice*). E' quindi intervento Massimiliano Corsi, a nome del gruppo di lavoro sulle attività di tirocinio/stage per le Lauree Magistrali della IIa, IIIa e IVa CLASSE, mettendo in luce il ruolo del tirocinio che costituisce elemento di novità per le Lauree Magistrali: il tirocinio dovrebbe fornire opportunità per sviluppare competenze nei processi professionali avanzati, gestionali, formativi e di ricerca nel proprio campo specifico e nell'area della classe di appartenenza. Corsi ne ha delineato le implicazioni operative, le modalità di frequenza, le tipologie di attività richieste (elaborati, frequenza attiva), e i sistemi di valutazione attribuendo particolare enfasi al supporto tutoriale che dovrebbe essere introdotto stabilmente anche nelle Lauree Magistrali. Infine, Donatella Valente, Adriano Ferrari e Anna Pierro hanno analizzato tre problemi attuali/potenziali delle Lauree Magistrali nell'area riabilitativa, quali a) la riduzione progressiva della domanda dovuta a scarsa motivazione (la Legge 43/06 preclude l'accesso ai Laureati Magistrali alle funzioni di Coordinamento); b) la difficoltà di utilizzo del titolo (scarsa applicazione della L 251/00) e c) la mancanza di dottorati di ricerca specifici. Sulla base di questi problemi, ha articolato e discusso ipotesi di soluzione che sono allo studio.

Nella sessione del sabato mattina si è tenuta una riflessione di altissimo livello sulla formazione alla relazione. La moderazione di Paola Binetti e gli articolati interventi di Giovanna Vicarelli, Giovanni Principato e Adriano Ferrari hanno focalizzato l'attenzione sulla preparazione bioetica degli studenti e sulla differenza tra presa in cura e presa in carico che significa esprimere interesse alla persona malata, elevata attenzione alla relazione con la famiglia, rispetto della

**Conferenza Permanente delle Lauree
e delle Lauree Magistrali delle Professioni sanitarie**

Meeting di primavera
Milano 18 - 19 maggio 2012

**I sistemi di valutazione della didattica e
della ricerca e gli assetti dei Corsi
di Laurea tra riforma universitaria
e cambiamenti del SSR**

Il Meeting di Primavera della Conferenza permanente delle Lauree e delle Lauree Magistrali delle professioni sanitarie si terrà presso l'Università degli Studi di Milano il 18 e 19 maggio prossimo venturo. Le due giornate si apriranno con i lavori delle Commissioni nazionali, che si riuniranno nella splendida cornice degli spazi disegnati nel 1457-1465 da Antonio Averulino detto il 'Filarete'. La successiva sessione pedagogica offrirà una lettura magistrale sul concetto di cura dal punto di vista antropologico condotta da Mariella Pandolfi, Ordinario di Antropologia all'Università di Montreal - Canada -. L'attenzione sarà quindi dedicata ai sistemi di valutazione e autovalutazione dell'offerta formativa (studenti e docenti) e della ricerca finalizzata a migliorare le capacità di accesso ai finanziamenti. Esempi ed esperienze applicative accompagneranno il dibattito sui sistemi di valutazione attuali e su necessari per il futuro.

La seconda sessione sarà focalizzata sui lavori delle Commissioni Nazionali: particolare attenzione sarà dedicata al ricco dibattito sugli assetti, sull'evoluzione e sul futuro delle Lauree Magistrali con riferimento anche allo stato dell'arte dei fabbisogni e dei lavori dell'Osservatorio delle professioni sanitarie in fase di attivazione. In questa sessione, saranno accolti anche contributi pre-ordinati.

Nella terza e ultima sessione politica e di confronto con le istituzioni, saranno invece affrontati i rapporti tra il Servizio Sanitario Regionale/Nazionale e le Università, gli approcci innovativi ai Protocolli di Intesa e lo stato dell'arte del dibattito sulle strutture di raccordo soprattutto con riferimento alle Lauree Sanitarie. Infine, nella sessione di chiusura saranno individuate le linee di sviluppo e discusse le mozioni che eventualmente emergeranno. Al fine di facilitare lo scambio di informazioni su esperienze innovative della didattica e creare reti collaborative tra Presidenti, Coordinatori e Docenti, il Meeting si arricchisce di una sessione scientifica in cui potranno essere presentati poster su "Ricerche e sperimentazioni sulla qualità della didattica nella formazione delle professioni sanitarie". Mentre **l'invio degli abstract dei poster dovrà avvenire entro il 20 aprile 2012** all'indirizzo http://reg.mzcongressi.com/cmsweb/ABS_Login.asp?IDcommessa=A12012, **le iscrizioni on-line al Meeting si chiuderanno il 10 maggio 2012** e saranno possibili esclusivamente in forma elettronica all'indirizzo web <http://reg.mzcongressi.com/cmsweb/Login.asp?IDcommessa=A12012>.

cultura della comunità, considerazione verso l'ambiente. In questi quaderni è già uscita una prima riflessione su questa tematica. Durante la ricca discussione, si sono analizzate le implicazioni per i piani di studio.

Infine, nella interessante sessione politica del sabato, con la moderazione di Luigi Frati, sono intervenuti Eugenio Gaudio, Giovanni Leonardi e Vanda Lanzafame sullo stato dell'arte dei Decreti Applicativi della legge 270 e sulle implicazioni per i Corsi di Laurea e Corsi di Laurea Magistrale delle professioni sanitarie. In questa sessione, particolare rilevanza è stata attribuita all'approvazione unanime di tre mozioni nate dal dibattito intenso e proficuo sviluppatosi nelle due giornate di lavoro della Conferenza. Con tali mozioni, la Conferenza ha espresso l'esigenza di:

- riconoscere, quale requisito di accesso al ruolo di Coordinamento delle professioni sanitarie di cui all'art. 6 della legge 43/2006, anche il titolo di Laurea Magistrale delle professioni sanitarie;

- definire la programmazione dei posti disponibili per le Lauree Magistrali delle classi delle Lauree sanitarie, non soltanto sulla base delle esigenze di fabbisogno dirigenziale ma anche di quelle di coordinamento dei servizi, di docenza e di avanzamento culturale complessivo delle professioni dell'area sanitaria;

- assumere, quale obiettivo, la costituzione di una quota di almeno il 25% dei professionisti di ciascun profilo in possesso del titolo di Laureato Magistrale;

- assicurare una graduale applicazione del D.lgs 78 del 2009 convertito in Legge n. 122/2010, che prevede, tra i requisiti di reclutamento dei Docenti a contratto, il possesso del titolo di Laurea Magistrale, procedendo come segue: a) nella fase transitoria: i candidati alla docenza dei SSD professionalizzanti devono possedere una "documentata competenza specifica nell'ambito oggetto del Modulo unitamente o meno al titolo di Laurea Magistrale"; b) nella fase definitiva: i candidati alla docenza devono possedere il "titolo di Laurea Magistrale e una documentata competenza specifica nell'ambito oggetto del Modulo di insegnamento a bando".

Le mozioni e le relazioni sono disponibili sul sito della Conferenza Permanente all'indirizzo www.conferenzapermanentelauresanitarie.unito.it/. Il Meeting di Primavera della conferenza si terrà presso l'Università degli Studi di Milano il 18-19 Maggio. Il Meeting Annuale ci vedrà a Portonovo (Ancona) dal 13 al 15 settembre 2012.

Alvisa Palese (Udine)

*Segretario Generale Conferenza Permanente
Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie*

Il soccorso nelle grandi emergenze Una iniziativa di educazione tra pari

Venerdì 24 e Sabato 25 febbraio, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Aquila, si è svolto un percorso formativo, coordinato dal Prof. Massimo Casacchia, dal titolo "Il soccorso nelle grandi emergenze in area ospedaliera", progettato e organizzato da un gruppo di studenti della Facoltà di Medicina nell'ambito delle iniziative studentesche e culturali finanziate dall'Università degli studi dell'Aquila. Tale iniziativa aveva l'obiettivo specifico di fornire agli studenti della Facoltà di Medicina le conoscenze e le competenze basilari per essere soggetti attivi e rappresentare una risorsa e un supporto utili per la gestione di una emergenza nella struttura sanitaria. Il percorso, nato da una esigenza manifestata dagli studenti successivamente al sisma del 6 aprile che ha colpito duramente questa città, prende spunto da una analoga iniziativa organizzata presso l'ospedale di Careggi di Firenze negli anni scorsi e si è articolata in un simposio propedeutico ed in tre moduli teorico-pratici.

Nel simposio di venerdì mattina, "Gestione dell'emergenza: stato dell'arte e scenari futuri di intervento", hanno partecipato più di 200 studenti e sono intervenuti tra gli altri la Preside della Facoltà di Medicina, Maria Grazia Cifone, il Prof. Massimo Casacchia, Presidente del Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia, il Dott. Gino Bianchi, Direttore del 118, il Prof. Loreto Lancia, Presidente del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche, la Dott.ssa Anna Giampietro, Fondazione Nucleo Aquilano della CIVES, il Dott. Paolo Evangelista, Coordinatore Assistenza Primaria UTAP di Collemaggio e l'Ing. Sergio Basti, comandante regionale VVFF Regione Abruzzo, il Prof. Bologna, Cattedra di Patologia Ambientale, Dipartimento di Medicina Sperimentale, persone autorevoli che a vario titolo hanno rivestito un ruolo di primo piano nell'emergenza dell'Aprile 2009. Durante il simposio si è trattato il tema: "Cosa è stato fatto in occasione del sisma del 6 aprile 2009 e come comportarsi in caso di una nuova maxi-emergenza".

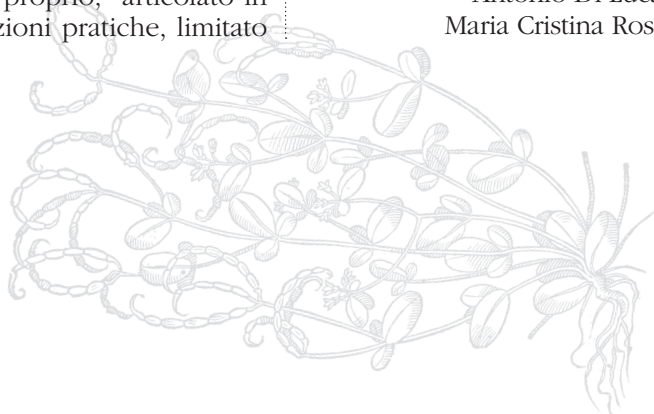
Venerdì pomeriggio e nella giornata di sabato si è svolto un corso vero e proprio, articolato in lezioni teoriche ed esercitazioni pratiche, limitato

a 35 studenti in modo da poter permettere a tutti di effettuare al meglio le prove pratiche, che ha visto coinvolti in prima linea gli studenti nel modulo tecnico (sicurezza e piani di evacuazione ospedalieri, segnaletica, teoria e pratica antincendio), modulo sanitario (triage, BLS, supporto al traumatizzato, organizzazione dei soccorsi) e modulo psicosociale (psicologia in emergenza e comunicazione). Sono state effettuate simulazioni di evacuazione, gestione di incendi, primo soccorso su manichini, prove di triage ed infine una simulazione virtuale di gestione di maxi-emergenza attraverso il "Sim Disaster" a cura del Dott. Grossi e del Dott. Mangini, organizzatori dell'iniziativa gemella organizzata a Firenze, con il coordinamento del Prof. Boncinelli. I moduli sono stati svolti con il coinvolgimento del Prof. Franco Marinangeli, direttore della Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione, dei suoi Specializzandi, e della Dott.ssa Ida de Lauretis, Medico in Formazione Specialistica in Psichiatria e dell'Ing. Sergio Basti.

Alla fine dei lavori è stata consegnata agli studenti una scheda di valutazione del corso, in cui si chiedevano anche eventuali suggerimenti e critiche. Dalle 35 schede raccolte si è appreso che l'iniziativa è stata molto gradita ed apprezzata nella sua strutturazione (in una scala di gradimento da 0 a 100, 25 studenti hanno riferito il gradimento massimo, 6 studenti hanno dato un punteggio di 90 e uno studente di 70). Molte sono state le richieste di organizzare nuovamente il corso in modo da tenere sempre fresche nella memoria le numerose competenze acquisite, suggerendo di inserirlo ufficialmente nelle attività didattiche previste dalla Facoltà. La frequenza a tutto il percorso ha dato diritto all'acquisizione di 2 crediti formativi.

Al termine del corso è stata presentata dai promotori l'associazione studentesca, "Comitato studenti per la sicurezza", finalizzata a mantenere attiva la formazione continua tra studenti sulla gestione delle maxi-emergenze in area ospedaliera, a cui hanno aderito 21 studenti su 35 partecipanti.

Massimo Casacchia (*L'Aquila*) e i promotori
Antonio Di Luca, Samanta Prescenzo,
Maria Cristina Rossetti, Valeria Santarelli



Dal concetto di *consenso informato* a quello di *consenso condiviso*

Natale Callipari (Roma)

Informed consent is more than a simple authorization collected from the patient; instead, it is the beginning of a biunivocal process in which the patient is directly involved in its health's choices. Each patient is unique and unique is the medical approach as unique is the way the patient copes with his/her disease. The informed consent therefore becomes a condivided consent in which the major role is played by the constant dialogue. At this point the patient will be able to operate an intelligent consent. Beginning from university, doctors should train in communications skills by offering them dedicated communication courses.

Sicuramente oggi possiamo affermare che la relazione tra medico e paziente si inserisce in un contesto culturale del tutto diverso rispetto a qualche decennio fa. Nella moderna società il cittadino conosce, infatti, gli enormi successi e progressi della medicina, che ha raggiunto un grande livello scientifico-tecnico. La medicina contemporanea, infatti, rende possibili e plausibili molteplici iniziative diagnostiche e cure terapeutiche di diversa invasività e rischiosità che esigono la ponderazione di una molteplicità di elementi valutativi che non sempre sono di esclusiva competenza medica, ma che implicano necessariamente il coinvolgimento del paziente.

Sotto questo profilo si assiste ad una maggiore partecipazione del paziente alla cura medica, ciò soprattutto grazie alle varie fonti di informazione a cui può accedere il cittadino. Si pensi all'incidenza di internet nella ricerca delle informazioni in materia sanitaria che ha permesso ai pazienti di apprendere ed approfondire la propria conoscenza sulle tematiche inerenti alla salute, alle malattie ed ai possibili trattamenti terapeutici. Sulla base di una ricerca condotta a livello europeo da una società indipendente di analisi di mercato ("Data-monitor"), è emerso che i cittadini europei hanno cercato informazioni relative alla salute, oltre che attraverso i tradizionali mezzi quali ad esempio le riviste scientifiche, attraverso fonti di informazione online, permettendo così agli stessi di aumentare la consapevolezza sulla propria condizione di salute e sulle possibili cure esistenti. Certamente il ricorso al web ha permesso ai cittadini di svolgere un ruolo sempre più attivo nel rapporto clinico, ma è opportuno altresì evidenziare come ancora

oggi l'utilizzo di Internet non può dirsi soddisfacente ai fini di un'adeguata informazione, posto che molto spesso le notizie presenti online sono ancora inaffidabili ed incomplete. Seppure inadeguato nella qualità dei contenuti offerti, il web è riuscito, pur tuttavia, ad incrementare il dialogo tra il medico e il paziente.

In questo nuovo contesto socio-culturale il medico necessariamente deve prendere coscienza del nuovo ruolo dell'assistito, assumendo un approccio che coinvolga quest'ultimo nel processo decisionale in ordine alle cure terapeutiche. Si assiste, infatti, ad un ripensamento del rapporto medico-paziente, ove ha un valore fondamentale la persona del paziente e la sua libertà di scelta in ordine alla propria salute, libertà che si esprime attraverso il consenso dato dal paziente stesso dopo essere stato adeguatamente informato.

Ed invero, fino ad oggi, i medici hanno recepito la problematica del consenso in termini riduttivi, nel senso che hanno considerato il consenso informato come un fastidioso obbligo informativo che esulerebbe dalla propria attività medica, non cogliendo, invece, la reale natura e portata dell'istituto del consenso svuotandolo del suo significato, non solo giuridico, ma anche etico.

Il consenso da parte del paziente, infatti, non deve rappresentare una mera formalità "burocratica" tramite un'affrettata apposizione di una firma su un modulo prestampato. Sul punto, va sottolineato come la prassi di far sottoscrivere al paziente un generico formulario precompilato abbia svuotato di ogni significato il concetto di "consenso informato", vissuto come una imposizione esterna dalla quale difendersi, posto che il semplice modulo viene utilizzato dai professionisti per preconstituire una prova scritta da esibire in una eventuale causa intentata avanti l'autorità giudiziaria da parte di pazienti, oggi sempre più insoddisfatti del rapporto che si è venuto ad instaurare con la classe medica. L'atteggiamento assunto dai medici, infatti, ha condotto alla c.d. "medicina difensiva", orientata ad una prassi poco incline al rispetto della dignità della persona.

Al fine di uscire da questa empasse è necessario ricostituire un sereno rapporto fiduciario tra medico e paziente e, per raggiungere questo obiettivo, sicuramente appare necessario un mutamento di atteggiamento da parte dei medici, che non devono più sentire il consenso come

un obbligo estraneo, bensì come un processo di partecipazione.

Nel momento in cui il consenso informato viene assunto come elemento di partecipazione attiva del paziente a scelte importanti che ricadono sulle sue aspettative di vita o sulla qualità della stessa, l'informazione non deve più essere avvertita da parte del medico come uno strumento volto ad ottenere un semplice "assenso" del paziente, ma come il "presupposto" di una relazione effettiva, nella quale il medico coinvolga il paziente. Si osservi, infatti, che l'informazione, in se stessa considerata, non comporta necessariamente la partecipazione attiva del paziente, per il semplice fatto che essa potrebbe anche non essere ben compresa da quest'ultimo. E' importante, allora, che il medico renda possibile questa effettiva partecipazione del paziente attraverso, più che una semplice "informazione", una vera e propria "comunicazione" che permetta, come tale, uno scambio bidirezionale tra medico e paziente. In tal modo l'informazione si colloca in un dimensione comunicativa, nella quale vengono in considerazione il vissuto della singola persona e le sue esperienze soggettive, il che è tanto più importante se si considera che il medico si relaziona ogni volta con un individuo che ha una sua unicità e complessità. Nella relazione terapeutica, infatti, il paziente vive un'esperienza che influisce fortemente sul suo modo di percepire la malattia e che, in molti casi, ne sconvolge la stessa vita.

Deve essere pertanto superata l'idea che l'informazione contenga in sé la comunicazione. L'informazione innesca un complesso processo che coinvolge la relazione almeno tra due soggetti, ossia medico e paziente, e che non può essere compiutamente realizzata se non è sostenuta dall'ascolto e soprattutto dalla comunicazione bidirezionale con il paziente. La comunicazione, dunque, esprime un processo di costruzione collettiva e condivisa della cura terapeutica, o meglio un processo di consapevolezza orientato a costruire e a dare un significato all'informazione e comporta, inoltre, un diverso livello partecipativo orientato verso la realizzazione di una umanizzazione del rapporto tra medico e paziente.

Di qui sarebbe più corretto parlare non tanto di "consenso informato", quanto piuttosto di "consenso comunicato" perché solo in tale modo si potrà ottenere una partecipazione attiva del paziente alla decisione medica, partecipazione che deve essere costruita lungo tutto l'arco di tempo della cura e dunque della relazione medico-paziente. Non va invero sottaciuto il fatto come spesso il corso della malattia possa cam-

biare la percezione che il paziente ha del proprio vissuto e così come la malattia stessa possa evolversi nel tempo. La relazione terapeutica deve essere, pertanto, continua: il dialogo tra medico e paziente deve essere non solo effettivo ma anche continuo.

Il consenso è, infatti, un processo che esso stesso si modifica nel tempo: il paziente, sulla base di ulteriori informazioni o del proprio vissuto della malattia, può cambiare idea.

Le informazioni cliniche devono, pertanto, diventare un momento della comunicazione e per far ciò le informazioni di per sé non sono sufficienti, perché una cosa è riferire nozioni al paziente, magari procurandogli incertezze e paure, altra cosa è giungere ad un rapporto comunicativo, ove assumono un ruolo fondamentale l'ascolto e il dialogo con il paziente.

Sicuramente per ottenere un consenso consapevole e partecipato, è necessario che esso sia preceduto da un attento ascolto da parte del medico e da un effettivo dialogo con il paziente. Il consenso deve essere, dunque, non solo informato ma anche condiviso.

Oggi il paziente ha bisogno di condivisione più



che si semplice informazione, nel senso che egli sente sempre più l'esigenza che la decisione sulla cura sia adottata insieme al medico, attraverso un rapporto dialogico.

Consenso informato-condiviso significa, dunque, che il paziente esprime la propria volontà di sottoporsi o meno ad una determinata terapia soltanto a seguito di un dialogo con il medico che lo abbia informato sulla diagnosi, sulle conseguenze, sui rischi e sulle scelte terapeutiche alternative.

Nel momento in cui si giunge ad una determinazione del trattamento terapeutico attraverso la condivisione, si può senz'altro affermare che il paziente manifesta in modo consapevole il proprio assenso o dissenso al trattamento stesso.

In tal modo si assiste ad una condivisione delle conseguenze e dei rischi della scelta clinica, per la quale è necessario che il medico coinvolga il paziente per renderlo partecipe nelle scelte e si assicuri che quest'ultimo comprenda ciò che gli viene riferito.

Tanto ciò è vero che lo stesso Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), in un parere del 1992,

ha precisato che, in caso di malattie importanti e di procedimenti diagnostici e terapeutici prolungati, il rapporto medico-paziente non può essere limitato ad un unico, fugace incontro. Il medico deve possedere sufficienti doti di psicologia, tali da consentirgli di comprendere la personalità del paziente e la sua situazione ambientale, per regolarsi su queste basi il proprio comportamento nel fornire le informazioni, evitando esasperate precisazioni di dati (percentuali esatte, oltretutto difficilmente definibili, di complicanze, di mortalità, insuccessi funzionali) che interessano gli aspetti scientifici del trattamento. In ogni caso, il paziente dovrà essere posto in condizione di esercitare a pieno i suoi diritti dando vita ad un compiuto e reale processo volitivo rispetto ai rischi ed alle alternative che gli vengono proposte.

Tutte le considerazioni svolte in queste brevi pagine, lascerebbero tuttavia insoddisfatti laddove non si procedesse a una constatazione davvero elementare. La declamazione a gran voce della "condivisione" del trattamento sanitario rimane un esercizio meramente retorico se non si provvede a fornire al medico una preparazione specifica in tema di comunicazione con il paziente.

Per essere chiari, nelle facoltà italiane di medicina non è presente alcun insegnamento volto alla preparazione del futuro medico circa le modalità di approccio e di relazione con il paziente. Ai giovani studenti e laureandi non viene insegnato come gestire il rapporto con il malato e ciò rappresenta una lacuna oggi non più accettabile. E' importante, infatti, insistere sulla necessità di introdurre un insegnamento sistematico del metodo di comunicazione, facendo sì che il medico abbia appreso già nel corso degli studi universitari come parlare al paziente e come ascoltarlo. Nel rapporto con il paziente, del resto, assumono un ruolo importantissimo non solo gli aspetti oggettivi e strettamente clinici, ma anche quelli soggettivi ed emotivi dell'assistito. Il medico deve saper tenere nella giusta considerazione anche il vissuto del singolo paziente che a lui si rivolge.

E' fondamentale, in sintesi, che il mondo clinico percepisca la necessità impellente di una condivisione del trattamento sanitario con il paziente, attraverso la creazione di un sistema più evoluto che implica la conoscenza e la partecipazione dei medici. Questo risultato, giova ribadirlo, può esser raggiunto in gran parte attraverso l'introduzione di metodi formativi adeguati nei corsi universitari e di specializzazione, in modo tale che un corretto approccio comunicativo con il paziente divenga parte integrante e non secondaria del bagaglio culturale e professionale dei medici di oggi.



Preparazione dei test di valutazione integrata

Luciano Vettore (Verona)

The assessment influences (drives) both the type and degree of learning; therefore, it is first necessary to change the way in which the assessment of students is made in order to change their way of learning.

A useful and efficient examination test should have three essential goals: it should attempt to integrate multidisciplinary knowledge; it should assess knowledge and abilities by testing competence; students should be helped to correlate interdisciplinary knowledge and competence, possibly using a problem solving approach.

The various techniques of assessment explore different fields of learning. So different types of tests have to be used to evaluate the acquisition of knowledge and of gestural or communication skills. It is also necessary that the evaluation test be appropriate to the taxonomic level of the learning objectives.

This paper examines advantages and disadvantages of the various evaluation tests.

Some essential rules for building multiple choice questions (MCQ) are described to assess the attainment of cognitive learning objectives. The validity of MCQ is verified by docimologic indices.

To evaluate the performance of both gestural and communication skills, their whole action should be divided into a sequence of singular observable and – if possible – measurable steps in a check list. The evaluation of gesture must consider the essential ability that the future professional will be able to master in an autonomous and automatic fashion. The communication skills can be evaluated using the “role playing” technique, or discussing in small groups the video sequences of a conversation.

There follows a discussion of how the exam tests can be prepared taking into account learning objectives and their appropriate evaluation techniques.

Possible solutions for an effective integration of the exam tests are then suggested, stressing the importance that their planning be achieved through a collegial activity, so that both learning and teaching are organized in an integrated fashion. Finally, a few practical suggestions are given to prepare exam tests which are both effective and fair.

Premessa

E' opinione condivisa e più volte ricordata che lo studente studia per l'esame e che ciò che non viene adeguatamente valutato è destinato fatalmente a essere svalutato.

E allora, quando si scelgono le prove d'esame, bisogna interrogarsi su quale tipo di apprendimento si ritenga necessario ottenere: si vuole valutare che cosa lo studente ricorda alla fine del Corso o piuttosto che cosa si ricorda ancora dopo qualche tempo? E dal punto di vista della formazione professionale, è sufficiente che ricordi delle conoscenze, o non bisognerebbe anche verificare quali nuove competenze e abilità abbia acquisito in modo permanente?

Gruppo di studio per l'Innovazione pedagogica della Conferenza Permanente dei CLM in Medicina e Chirurgia. Presidente Prof. Pietro Gallo.

Credo che un esame “ottimale” dovrebbe facilitare e misurare l'acquisizione duratura di competenze, cioè la capacità di utilizzare le conoscenze.

Un'altra opinione frequentemente ripetuta è quella che afferma che la valutazione condiziona il tipo e il grado di apprendimento. E allora, se vogliamo cambiare efficacemente il modo di apprendere, dobbiamo - prima - cambiare il modo di valutare.

In particolare, mi paiono essenziali tre obiettivi di una valutazione utile ed efficace:

- integrare la valutazione delle conoscenze multidisciplinari;
- valutare le conoscenze e le abilità attraverso la verifica delle competenze;
- aiutare gli studenti a correlare le conoscenze e le competenze interdisciplinari mediante la soluzione di problemi.

Il conseguimento di questi tre obiettivi ha come risultato quello che si chiama un apprendimento “significativo”, cioè non “meccanico” in quanto esclusivamente mnemonico.

Inoltre, se la valutazione cambia in modo “virtuoso”, essa modifica anche il modo di insegnare: di fronte a studenti capaci di apprendere in modo critico e autonomo il docente si proporrà di trasferire il senso e il valore dei saperi proposti più che i loro dettagli (già contenuti nei libri di testo), si sforzerà di insegnare in modo “integrato” per far apprendere in modo “integrato”, e perseguirà un insegnamento e un apprendimento fondati sulla soluzione dei problemi che si incontrano più frequentemente nella pratica professionale, perché questo approccio è il più efficace per integrare le conoscenze e trasformarle in competenze.

Strumenti e tecniche di valutazione

Gli strumenti di valutazione, per risultare efficaci, dovrebbero possedere i seguenti cinque requisiti qualitativi:

- validità: grado di precisione con cui lo strumento misura ciò che deve misurare;
- fedeltà o affidabilità: costanza con cui uno strumento misura la stessa variabile;
- oggettività: grado di concordanza dei risultati ottenuti con lo stesso strumento da esaminatori indipendenti;
- comodità: organizzazione, impegno, tempi e costi di preparazione ed esecuzione, che garantiscono la fattibilità;
- equità: uguale trattamento degli esaminandi.

Non ci si può nascondere che è tutt'altro che facile realizzare prove di verifica dell'apprendimento che riescano a soddisfare adeguatamente tutti questi requisiti, ma almeno ci si deve impegnare a fondo per avvicinarsi alle condizioni ottimali.

Per farlo è necessario innanzi tutto rendersi conto che le differenti tecniche di valutazione esplorano qualità differenti dell'apprendimento.

Per verificare le conoscenze, e in qualche misura anche le competenze, risultano strumenti efficaci, sia pure in grado diverso: l'esame orale; le differenti tipologie di esame scritto (il "compito" tradizionale su di un tema, la relazione, le domande a scelta multipla, le domande a risposta breve aperta), e strumenti più sofisticati quali le mappe concettuali e l'esame a "tre salti" o *triple jump** (valido soprattutto in ambito clinico per valutare l'apprendimento per problemi).

Per valutare le abilità sia gestuali che relazionali è indispensabile porre l'esaminando nelle condizioni di esercitare tali abilità (esecuzione di manovre per le abilità gestuali e *role playing* per le relazionali); la verifica della performance viene effettuata con l'aiuto di "griglie", che dettagliano le tappe essenziali della manovra, o rispettivamente le qualità della relazione da far eseguire. Può venire allestito un setting particolare d'esame "a stazioni", denominato OSCE (Objective Structured Clinical Examination), nel quale viene valutata in tempi contenuti la performance di numerosi studenti nell'esercizio di abilità gestuali e relazionali.

Per valutare le competenze cliniche uno strumento particolarmente idoneo è il così detto "paziente standardizzato" o "simulato" (attori o ex pazienti adeguatamente preparati, che simulano il ruolo di un paziente; lo studente interroga il paziente e successivamente ne esegue l'esame fisico, per lo più sotto il controllo di

** Raccolta delle informazioni necessarie per un problema clinico presentato in modo succinto; elaborazione delle informazioni raccolte per risolvere il problema; presentazione ragionata della soluzione.*

un valutatore, dotato di una "griglia" di osservazione).

La scelta del metodo valutativo dipende non solo dal campo del sapere (cognitivo, gestuale o relazionale), ma anche dalle situazioni concrete di applicazione (tempi, numero degli studenti, da esaminare e dei docenti disponibili, etc.) e dalle caratteristiche dell'obiettivo educativo di cui si vuole verificare il conseguimento, possibilmente in condizioni che simulino la realtà professionale.

Ogni modalità, strumento o tecnica valutativa presenta pregi e difetti.

L'esame orale consente di verificare la capacità dello studente di ragionare, di argomentare e di esprimersi, cioè di valutare non solo le conoscenze ma anche caratteristiche personali e psicologiche, ma presenta anche alcuni difetti: una obiettività e una riproducibilità piuttosto scarse, il rischio di diseguità e la necessità di tempi considerevoli.

Per migliorare la qualità e l'efficacia dell'esame orale possono risultare utili alcuni consigli:

- preparare in anticipo un repertorio di domande con differente livello tassonomico, coerenti con gli obiettivi formativi proposti agli studenti;
- bandire le domande "estemporanee" o "bizzarre";
- prestabilire i criteri di valutazione: punteggi e integrazione con i risultati di un'eventuale prova scritta;
- cercare di valutare il processo oltre che i risultati dell'apprendimento, cosa abbastanza difficile da realizzare: il processo può risultare in qualche misura visibile inducendo lo studente a ragionare ad alta voce, il che non si limita a verificare la mera memorizzazione delle nozioni.

Va infine sottolineato che l'oggettività delle prove di valutazione è un valore, ma non può essere considerato un totem da perseguire in tutte le situazioni

Relazione o tesina scritta	espressione libera delle conoscenze e delle argomentazioni scomodità e soggettività nella valutazione
Domande a risposta aperta breve (DRAB)	apparente facilità di preparazione difficoltà di correzione: possibilità di risposte non interpretabili in modo univoco utilità e validità dipendenti dalla qualità delle domande
Test vero/falso	maggior facilità di preparazione e di verifica maggior rischio di risposta corretta casuale (50% di probabilità)
Domande a risposta multipla (DSM o MSQ)	difficoltà di preparazione adeguata efficacia valutativa dipendente dalla qualità oggettività e comodità della verifica
Quiz "complessi" (di associazione, affermazione/motivaz.)	difficoltà di preparazione e di risposta validità nella verifica di processi cognitivi elevati
Mappe concettuali	validità nella verifica dei processi mentali difficoltà di standardizzazione dei criteri di valutazione

Tab. 1 - Luci e ombre dei test valutativi scritti.

(Nei materiali inviati via mail dal Segretario della Conferenza dopo la fine della sua 103ª riunione sono compresi alcuni esempi commentati di quiz di buona e cattiva qualità e anche esempi di griglie per l'osservazione e la verifica di abilità gestuali e relazionali, vedi oltre).

Componenti	Definizioni
Enunciato	Problema come quesito o come affermazione da completare
Scelte alternative	Elenco di soluzioni suggerite (parole, numeri, simboli o frasi)
Risposta/e	Risposta/e senza alcun equivoco corretta
Distrattori	Risposte alternative plausibili, ma indubitabilmente NON corrette

Tab. 2 - Terminologia delle DSM.

valutative.

Gli esami scritti hanno certamente il pregio di essere per definizione oggettivi, equi e parzialmente comodi, ma presentano, a seconda delle modalità di effettuazione, differenti pro e contro, riportati nella tabella 1.

Le domande con risposte a scelta multipla

La tipologia di quiz più comune (e forse la migliore) è quella delle domande chiuse con 5 risposte, di cui una sola inequivocabilmente corretta (DMS). Le componenti delle DMS sono definite nella Tabella 2.

Nella costruzione delle DSM è opportuno seguire alcune regole generali: innanzi tutto ogni quesito dovrebbe focalizzarsi su un unico obiettivo; per ragioni di semplicità, ma anche di chiarezza, sono preferibili i quiz con una sola risposta corretta, ma in alcune circostanze (per es., in quiz inseriti in casi clinici a cascata, dove più decisioni debbono essere prese contemporaneamente) si possono utilizzare check list con più di cinque risposte, delle quali più d'una sono corrette; vale a questo proposito il consiglio di aumentare il numero complessivo delle risposte che fungono da distrattori in relazione al numero di quelle corrette (per es., 8-9 distrattori per 2-3 risposte corrette).

Per non orientare lo studente alla scelta della risposta corretta è opportuno che tutte le risposte – sia quelle corrette che quelle errate – siano di lunghezza simile e le risposte corrette debbono essere disposte in ordine casuale (non al primo, al terzo o all'ultimo posto, come inconsapevolmente si rischia spesso di fare); unica eccezione è data dalle risposte numeriche, che vanno elencate in ordine crescente.

Si deve porre molta attenzione nel correggere gli errori ortografici, e vanno altresì evitate le abbreviazioni e la punteggiatura non necessaria. Con l'analogo fine di non aggiungere difficoltà interpretative ingiustificate a quelle intrinseche al quesito dovrebbero essere sempre utilizzate frasi affermative, evitando quelle negative (es., quale delle seguenti condizioni NON ...), o ancor peggio contenenti doppie negazioni.

E' pure assolutamente da evitare l'artificio della quinta risposta del tipo "tutte le precedenti" oppure "nessuna delle precedenti", che indica soltanto l'incapacità dell'estensore di trovare una quinta risposta plausibile.

Vanno evitate le affermazioni opinabili o banali, ma anche le frasi tratte da libri di testo.

Soprattutto nelle prove "a cascata" è necessario porre attenzione nell'elaborazione delle domande, che debbono essere del tutto indipendenti dalle risposte

date alle domande precedenti.

Può risultare utile usare modelli di quiz già positivamente sperimentati. Infine, nei limiti del possibile sarebbe opportuno privilegiare quesiti che richiedano la interpretazione di dati, la soluzione di problemi, l'assunzione di decisioni e quiz che richiedano l'applicazione di nozioni piuttosto che la loro semplice memorizzazione.

Dopo la preparazione delle DSM per una prova di valutazione, i singoli quiz dovrebbero venire sottoposti a una verifica di qualità, attuabile rispondendo ai seguenti quesiti:

Il quiz esplora una conoscenza attinente a un obiettivo didattico pertinente?

La domanda è comprensibile?

Le varie risposte hanno una lunghezza ragionevole e senza parole inutili?

C'è un'unica risposta corretta, o indiscutibilmente migliore?

Le affermazioni indirizzano la risposta?

I "distrattori" sono plausibili?

Si sono evitate le risposte: "nessuna delle precedenti" o "tutte le precedenti"?

Si sono evitate le domande "negative"?

I contenuti sono stati accantonati per un po' di tempo prima della loro revisione?

Dopo la revisione di un quiz, il suo quesito è ancora rilevante?

Il numero complessivo dei quesiti nella prova è adeguato?

Inoltre, un'ulteriore verifica delle validità dei quiz va effettuata dopo la loro somministrazione con il calcolo degli indici docimologici, almeno dei due principali:

- l'indice di facilità: calcola la percentuale delle risposte corrette per ogni quiz somministrato in una prova d'esame; sono adeguate le domande con un indice comprese tra il 30 e il 70% (valori ottimali del 50-60%); non è molto informativo per piccoli numeri di esaminandi;

- l'indice di discriminazione: rivela in che misura un determinato quesito discrimina i candidati meglio preparati da quelli più scadenti; si calcola dividendo i candidati in 3 gruppi di uguali dimensioni: alto, medio e basso, in base al punteggio complessivamente conseguito in una prova d'esame; per ogni quesito va calcolata la percentuale di risposte corrette nei 3 gruppi: la differenza nella percentuale di risposte corrette tra gruppo "alto" e gruppo "basso" dà una buona stima dell'efficacia discriminante di ogni singolo quiz; i valori ottimali sono compresi tra 0,25 e 0,35.

Relazione tra tipi di obiettivi cognitivi e test di verifica dell'apprendimento

I molteplici strumenti di valutazione degli obiettivi cognitivi debbono essere coerenti con il loro livello tassonomico: memorizzazione, interpretazione di dati, soluzione di problemi e assunzione di decisioni (Tab. 3).

Valutazione delle abilità pratiche

Finora abbiamo considerato la valutazione degli obiettivi cognitivi; per ogni pezzo che un artigiano deve costruire serve l'attrezzo adatto e per ogni costruzione serve una cassetta ben fornita di attrezzi differenti; lo stesso vale per le procedure valutative.

Le prove di verifica delle abilità (sia gestuali che relazionali) debbono riguardare atti professionali che posseggono standard qualitativi di riferimento, perché altrimenti non è possibile valutare in modo affidabile la performance dell'operatore; inoltre debbono essere eseguibili in tempi ragionevoli, debbono essere attuabili con i mezzi disponibili e debbono riguardare attività frazionabili in tappe, ciascuna con connotati osservabili e misurabili. Le singole tappe di esercizio di una abilità relativa a un'attività gestuale o relazionale costituiscono la "griglia" di osservazione e di valutazione (semi-)quantitativa della performance dell'operatore, per la quale deve essere definito a priori il livello minimo accettabile (LAP).

Elemento rilevante per la valutazione (come per l'apprendimento) delle abilità sia gestuali che relazionali è la cura del setting, che deve essere ovviamente coerente con il tipo di abilità considerata.

La valutazione sul campo delle abilità gestuali deve riguardare le abilità essenziali e irrinunciabili al livello professionale iniziale (quelle comprese nel "core curriculum"), cioè le azioni che il futuro professionista deve essere in grado di effettuare in modo autonomo e automatico al momento della laurea; ovviamente deve considerare le abilità certamente insegnate e apprese

come obiettivi definiti durante tutto il corso degli studi.

L'esercizio delle abilità gestuali prevede anche le conoscenze teoriche ad esse pertinenti, che peraltro non costituiscono parte esplicita della prova di verifica.

La valutazione sul campo delle abilità relazionali deve riguardare, a seconda del livello tassonomico:

- gli aspetti comportamentali, attinenti alla buona educazione, cioè il rispetto, l'aderenza al ruolo, il controllo delle azioni, l'attenzione all'ambiente, etc.;
- gli aspetti comunicativi quali la chiarezza, l'adeguatezza del messaggio, l'attenzione alla sua comprensione, etc.;
- gli aspetti tecnici, quali la scelta adeguata al momento in cui porre all'interlocutore domande aperte o chiuse, il contatto visivo, il linguaggio non verbale, etc.

Le tecniche di valutazione delle abilità relazionali, riguardanti per lo più lo stile comunicativo, comprendono il *role playing* o gioco dei ruoli e la discussione in piccolo gruppo di videoregistrazioni di momenti relazionali. Anche per la valutazione di queste abilità è indispensabile stabilire a priori criteri standardizzati di osservazione e predisporre griglie adeguate di valutazione.

È molto difficile sondare il livello empatico della relazione; per la valutazione – comunque approssimativa – di questo livello può essere più affidabile l'osservazione prolungata sul campo dei comportamenti del soggetto da valutare e l'utilizzazione di strumenti, quali il "diario di bordo", nel quale lo studente è invitato ad annotare le proprie reazioni emotive alle situazioni cui viene esposto in sede di tirocinio.

La valutazione delle abilità relazionali non è direttamente finalizzata alla verifica dei contenuti della comunicazione, che attengono al campo teorico cognitivo.

Pianificazione delle prove d'esame

La pianificazione delle prove d'esame richiede la definizione preliminare degli obiettivi essenziali di

<p>Memorizzazione di nozioni</p> <p>Domande a scelta multipla (DMS 1/5) Domande a <i>Check list</i> (Quiz x/y) Domande a risposta aperta breve (DRAB)</p>	<p>Interpretazione di dati</p> <p><i>Check list</i> (Quiz x/y) Quiz di associazione Casi brevi con Quiz "a cascata" Es. orale su schema scritto Mappe cognitive</p>
<p>Soluzione di problemi</p> <p>Casi-problema realistici con informazioni alternate a domande (Quiz di vario tipo e DRAB, tutti con punteggi prestabiliti) Valutazione tra pari in piccolo gruppo (= ragionamento a voce alta) <i>Triple jump</i> (per es., su un caso clinico reale) con relazione scritta sul percorso diagnostico Mappe cognitive Tirocinio tutorato con compiti prestabiliti</p>	<p>Assunzione di decisioni motivate</p> <p>Casi-problema realistici con informazioni alternate a domande (Quiz di vario tipo e DRAB, tutti con punteggi prestabiliti) Valutazione tra pari in piccolo gruppo (= ragionamento a voce alta) <i>Triple jump</i> (per es., su un caso clinico reale) con relazione scritta sulle motivazioni delle decisioni Disegno di <i>flow chart</i> decisionali Tirocinio tutorato con compiti prestabiliti</p>

Tab. 3 - Relazione tra i differenti tipi di test valutativi e i livelli tassonomici degli obiettivi cognitivi.

apprendimento (“core curriculum”), del “campo” al quale appartengono i differenti obiettivi formativi (cognitivi, pratici, relazionali, metacognitivi o metodologici), e del loro livello tassonomico. Successivamente è necessario individuare quali tra le molteplici metodologie valutative siano realisticamente applicabili nel proprio contesto operativo, considerando peraltro anche le possibilità concrete di attivare modalità di verifica ancora non disponibili nel setting specifico; quindi bisogna focalizzare quali delle metodologie valutative effettivamente disponibili siano le più idonee per verificare il grado di apprendimento dei singoli obiettivi scelti; solo a questo punto è possibile preparare la prova d’esame con la scelta delle metodologie valutative coerenti con i gli obiettivi prescelti.

Nella costruzione di una prova d’esame che comprenda obiettivi formativi di natura cognitiva con differenti livelli tassonomici può risultare utile in prima istanza accorpare gli obiettivi di memorizzazione (non troppo numerosi) in un test con DSM o DRAB; successivamente vanno individuati gli obiettivi di interpretazione di dati o di soluzione di problemi, che possono essere verificati con DSM in “test a cascata”; infine si deve valutare l’utilità di una prova orale (per lo più successiva a quella scritta), finalizzata alla verifica della capacità di ragionamento e di argomentazione; ciò può effettuarsi anche con la discussione con il candidato delle sue risposte alle DMS o alle DRAB.

Va sottolineato, come si è già detto, che la memorizzazione di molte nozioni può essere valutata anche soltanto dalla loro applicazione in situazioni concrete: infatti non possono essere applicate conoscenze non possedute, mentre verificandone l’applicazione si valutano contemporaneamente conoscenze e competenze.

Integrazione delle prove d’esame

Un obiettivo troppo spesso trascurato è quello dell’integrazione effettiva delle prove d’esame, per esempio negli esami di corso integrato o di semestre; per conseguire questo obiettivo sarebbe utile che i docenti del corso integrato (o del semestre) in modo collegiale concordassero prima dello svolgimento del corso gli obiettivi didattici pertinenti dei singoli insegnamenti, individuando le possibili integrazioni reciproche di tali obiettivi; a questa fase dovrà seguire quella della preparazione – se possibile sempre collegiale – dei test; infine, dopo la loro somministrazione e la relativa correzione sarà possibile modificare (o eliminare) quelli che alla prova dei fatti (per es., per i cattivi risultati degli indici docimologici) si saranno dimostrati qualitativamente scadenti.

L’integrazione della valutazione in un esame finale del CdL può giovare della sua pianificazione bottom-up; tale pianificazione prevede il percorso da parte del corpo docente delle seguenti tappe:

- l’individuazione nell’intero curriculum delle conoscenze essenziali alla competenza professionale; tali conoscenze possono essere desunte dal “core curriculum” e dalla considerazione critica dei “progress test”

svolti durante l’intero corso di studi;

- la definizione preliminare delle competenze irrinunciabili allo stadio iniziale dell’esercizio professionale;
- la ricerca delle correlazioni/integrazioni possibili tra le competenze multi-disciplinari, fine che può raggiungersi con la preparazione di problemi interdisciplinari;
- il consenso sulle modalità di valutazione delle conoscenze e delle competenze integrate.

Una procedura di questo genere potrà avere come conseguenza sperabile anche la promozione di modalità d’insegnamento che facilitino l’apprendimento integrato, realizzando l’aforisma: *“assessment drives learning and teaching”*.

Concretamente un esame conclusivo per la verifica delle competenze cliniche (mediche e chirurgiche) – forse anche utilizzabile come esame di abilitazione all’esercizio della professione – potrebbe essere costituito in successione dalle seguenti prove:

- la soluzione “carta e penna” di alcuni casi clinici “a cascata”, con i quali viene valutata la capacità di risolvere problemi e di assumere decisioni pertinenti in ambito “generalistico” (cioè non strettamente specialistico), medico e chirurgico; questa prova viene valutata con un voto oggettivo, che poi verrà “integrato” con i risultati delle prove successive;
- la discussione orale individuale con lo studente delle soluzioni date ai quesiti posti nei casi clinici; questa prova perfeziona il precedente voto oggettivo, valutando oltre alle conoscenze e alle competenze più strettamente professionali, anche le abilità metodologiche (capacità di applicazione ragionata del “metodo clinico”);
- una prova pratica “bed side” (o con paziente “simulato”) per la valutazione delle abilità relazionali e gestuali; anche il risultato di questa prova ottiene un voto parziale;
- infine, la definizione sintetica del voto finale, derivante dall’integrazione (che non è obbligatoriamente la media aritmetica, ma piuttosto la media “ponderata” dei voti parziali).

Conclusioni

Nella realtà concreta dei nostri CdL spesso si manifestano alcuni “pregiudizi” sugli esami che vengono espressi con le seguenti affermazioni:

- con l’esame orale mi accorgo subito cosa sa lo studente: è preparato se risolve i problemi come ho fatto io a lezione;
- con i quiz non si possono valutare i ragionamenti;
- ci vuole troppo tempo per preparare e poi correggere i quiz;
- agli esami scritti gli studenti copiano;
- nel nostro Corso integrato noi facciamo già gli esami integrati: ogni docente fornisce da 5 a 10 quiz; così nessuno può accusarci di tresche o ingiustizie;
- l’esame è mio e lo gestisco io; e ognuno deve gestire il suo.

Si tratta per l’appunto di “pregiudizi”, che di fatto na-

scondono la mancata volontà o la paura di cambiare le proprie abitudini didattiche.

Certamente è vero che purtroppo non esiste il test di valutazione "perfetto", ma ogni strumento valutativo deve essere utilizzato coerentemente con i suoi fini; per ottenere risultati affidabili e quindi soddisfacenti le valutazioni dell'apprendimento dovrebbero avvalersi di punti di osservazione diversi e complementari che riguardino sia i risultati che il processo dell'apprendimento stesso. Per questo è opportuna in ogni valutazione l'associazione di test formalmente diversi.

Tutto ciò che è stato scritto fino a questo punto può sembrare una discettazione teorica, troppo difficile da realizzare nella pratica; non vi è dubbio che sia difficile, ma non impossibile, anche se richiede un impegno faticoso, ma i risultati ottenibili dovrebbero costituire una motivazione e una gratificazione sufficienti a giustificare le difficoltà incontrate nell'impresa.

E' comunque incontestabile che una modalità corretta di valutazione è di per sé un potente strumento formativo.

Riassuntivamente può forse risultare utile qualche consiglio "pratico".

Per ottenere i risultati sperati, gli esami dovrebbero: avere dimensioni non troppo piccole, né troppo grandi; non essere troppo numerosi e/o frequenti; facilitare l'integrazione e la sintesi delle conoscenze; consentire un tempo sufficiente per l'acquisizione duratura delle competenze.

Per garantire la preparazione di "buoni" test cognitivi d'esame le domande (DSM e DRAB), come abbiamo già detto, debbono essere preparate e valutate collegiamente, e vanno testate in prove "formative" prima della loro somministrazione con fini certificativi; ai risultati delle prove "formative" vanno applicati i test docimologici, che consentono di correggere le domande non soddisfacenti.

Sarebbe molto utile che le domande soddisfacenti venissero archiviate in una "banca dati" accessibile dai docenti di tutti in CdLM italiani. Alla costruzione di questa "banca dati" possono validamente contribuire anche quiz importati da "data base" già disponibili in molti Paesi stranieri, tradotti ed eventualmente adattati alle modalità formative consuete nei CdLM italiani. E possono altresì contribuire alla stessa "banca dati" pure le domande migliori, utilizzate nel tempo per i "progress test".

Ovviamente i quiz scelti debbono essere classificati in relazione a "indicatori" quali l'argomento, l'obiettivo formativo, il livello tassonomico e il risultato dei test docimologici. E bisogna anche disporre di una procedura per la estrazione automatica dalla "banca dati" delle domande necessarie secondo i loro "indicatori".

La "banca dati" va gradualmente incrementata e modificata nel tempo. Si tratta di un impegno inizialmente piuttosto gravoso, ma che – se realizzato sia pure con pazienza in tempi non brevissimi – avrebbe ricadute molte positive sulla didattica dei nostri CdLM.

Anche gli studenti vanno preparati alle prove d'e-

same: in primo luogo debbono essere definite chiaramente e rese pubbliche le regole del gioco; cioè all'inizio di ogni corso integrato debbono essere comunicati agli studenti il programma di apprendimento (obiettivi didattici specifici tratti dal "core curriculum" utilizzato), il programma di insegnamento (contenuti e calendario delle lezioni) e le modalità di effettuazione dell'esame (scritto, orale, pratico, misto). Durante il corso è opportuno "allenare" gli studenti con prove "formative" costruite con domande tratte dalla "banca dati" (ma gli studenti non debbono conoscere l'intera banca dati per evitare una loro preparazione esclusivamente mnemonica, come purtroppo è già accaduto con i quiz dell'esame di stato); per rendere efficaci queste iniziative di preparazione degli studenti all'esame certificativo, ad essi deve essere dato il feed back sul risultato complessivo (cioè non individuale) delle prove formative.

Anche le prove d'esame debbono essere organizzate accuratamente; ciò vuol dire: scegliere l'ambiente più idoneo per le prove scritte, tale da consentire una buona distribuzione degli studenti nell'aula in base al loro numero; comunicare loro con anticipo adeguato data, orario, durata e sede della prova; predisporre accuratamente il materiale necessario (testi cartacei con le domande randomizzate, se possibile, anche nelle risposte); predisporre e attuare efficaci modalità di sorveglianza; predisporre modalità adeguate per la correzione delle prove (schede e lettore ottico se i candidati sono numerosi).

Analogamente vanno preparate anche le prove orali d'esame, innanzi tutto decidendo preliminarmente con chiarezza le finalità dell'esame orale: prova unica (per valutare sia le conoscenze che le capacità razionali di applicazione), oppure di completamento della prova scritta (per valutare soprattutto le capacità di ragionamento); inoltre è necessario definire e concordare preliminarmente le caratteristiche di collegialità della prova (esame "integrato"), e debbono essere comunicati con anticipo adeguato e con chiarezza agli studenti fini, modalità e collocazione temporale della prova.

Infine, anche le prove pratiche per la valutazione delle abilità gestuali e relazionali (per esempio mediante l'OSCE) richiedono una predisposizione altrettanto accurata del setting.

Forse queste precisazioni sembreranno superflue per la maggioranza dei CdLM, ma non si può negare che non sempre gli studenti possono fruire di informazioni adeguate e particolareggiate. Esse di fatto costituiscono le regole deontologiche delle prove d'esame.

Preparare, organizzare ed effettuare in modo corretto ed efficiente queste prove non è meno importante dell'insegnare e del far apprendere; si tratta di un'attività complessa e impegnativa, spesso non immediatamente gratificante, ma dobbiamo ricordarci sempre che le modalità della valutazione dell'apprendimento condizionano significativamente sia l'apprendimento stesso che l'insegnamento.

D'altra parte l'impegno rilevante che esse richiedono fa parte dei doveri etici di ogni docente.

Caro Direttore,

alcune righe per, augurabilmente, suscitare nella sede ufficiale di *Medicina e Chirurgia* un dibattito su un tema della formazione medica davvero maltrattato.

Comincerò con parole non mie: «... dedicano tempo agli ammalati, li sanno ascoltare, più di quanto non facciano tanti medici. Questo sì che è medicina. E all'università non si insegna a parlare con i pazienti, a coinvolgersi, ad allearsi con loro contro la malattia». E' il *leitmotiv* che si ritrova in numerosissime articoli di divulgazione scientifica: nelle Facoltà di Medicina italiane non si insegna nulla sulla comunicazione e sulla relazione con il paziente. E ad affermarlo non sono commentatori inesperti; ad esempio, le parole citate - sul *Corriere della Sera* - sono di Giuseppe Remuzzi, ricercatore di fama internazionale e osservatore attento di molti aspetti della medicina contemporanea.

Nel prossimo numero comparirà un articolo del nostro gruppo sul Corso di Comunicazione e Relazione nel Polo San Paolo della Facoltà di Medicina di Milano. Il Corso è impegnativo (attribuisce 8 crediti) ed esiste ormai dai 12 anni. Scorrendo la bibliografia dell'articolo, il lettore potrà rendersi conto che, solo su questa esperienza, sono usciti nell'ultimo periodo diversi lavori (ne vengono citati otto). Eppure si continua a sostenere che nelle Facoltà mediche non si insegna a parlare con il malato. Vale la pena di chiedersi (l'abbiamo detto, si tratta anche di commentatori attenti) il perché di questa "leggerza informativa".

Una prima ragione può risiedere nel fatto che se Milano non rappresenta l'unica eccezione (ci sono corsi in cinque-sei altre Facoltà), nella maggior parte degli Atenei lo spazio dedicato alla formazione alla comunicazione è residuale,

confinato nei corsi elettivi, o occasionale. Manca la pratica di un *core curriculum*, ovvero sembrano essere mancate fino ad oggi da parte dei - più probabilmente - SSD implicati in questo percorso culturale la forza e la generosità di saper e voler convergere su iniziative largamente condivise. E, naturalmente, una realtà non coordinata e a macchie di leopardo può essere con facilità sottovalutata o, addirittura, ignorata.

Una seconda ragione, altrettanto convincente, risiede nel fatto che è difficilissimo ottenere, in questo campo, dei risultati convincenti. Possiamo forse dire che gli studenti del Polo San Paolo saranno alla fine dei loro studi più capaci dei loro colleghi nella comunicazione e nella relazione con il paziente? Purtroppo no. A parte la straordinaria difficoltà di questa misurazione (il tema meriterebbe di per se' una seria riflessione), gli studenti del San Paolo (come quelli provenienti da analoghe esperienze in altre Facoltà) entrano in una miriade di reparti in cui le acquisizioni sulla relazione medico-paziente vengono soffocate dalla pratica di una medicina cosiddetta *disease-centred*. La sintesi finale inevitabilmente si sposterà in questa direzione. Una diversa sintesi può avvenire solo se tutti - o la maggior parte - dei docenti e dei tutor di una Facoltà preposti alla formazione dei giovani condividano un medesimo modello di medicina in cui venga dato un adeguato spazio all'architettura di una visita centrata sulle esigenze cognitive ed emotive del paziente.

Il percorso che ci separa da questa meta è davvero lungo e tortuoso; nel frattempo teniamoci pronti a subire altre reprimende: nell'università italiana non si insegna a parlare con i malati...

Egidio A. Moja
Professore Ordinario di Psicologia Clinica
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Milano