
75012 *medicina e chirurgia*

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

Sommario

Figura e ruolo didattico del Tutore, 205

Arnaldo Capelli

Spazi didattici, 207

Carmelo Fersini

Il problema della valutazione didattica dei Docenti universitari, 209

Luciano Fiore Donati

I Corsi di Laurea all'inizio del 4° anno, 211

Emilio Sergio Curtoni

Modelli di orario didattico, 217

Corradino Fuschelli e Carmelo Fersini

Gli Studenti giudicano la loro Facoltà, 219

Camillo Rossi, Rosalia Genova, Cristina Bonetti, Emilio Sergio Curtoni

Proposta di uno schema tipo per la relazione
triennale sull'applicazione del D.P.R. 95/86, 222

Amos Casti

Sei anni di attività della Conferenza, 226

Giovanni Danieli

La didattica pratica in Medicina interna.

Progetto sperimentale presso il Corso di Laurea in Medicina, 230

Luciano Vettore, Franco Benini, Maria Carla Capelli, Tania Savarin

Notizie, 235

Figura e ruolo didattico del Tutore

Arnaldo Capelli

Esponiamo anzitutto, a scopo informativo, la problematica sotto il profilo legislativo che, come si vedrà, è abbastanza contraddittorio. I riferimenti di legge sono il Dpr del 28 febbraio 1986, n. 85, la legge-delega del 21 febbraio 1980, n. 28, il Dpr dell'11 1980, n. 382, e la legge 341/90 sulla riforma degli ordinamenti didattici universitari.

Al titolo 3 del Dpr 28 febbraio 1986 n. 85, sotto la voce "Aree didattico-formative, corsi integrati, discipline", troviamo: "Le ore di didattica del corso di laurea comprendono l'attività didattica formale, l'attività didattica teorico-pratica e l'attività didattica integrativa. L'attività didattico-pratica dovrà rappresentare, in linea di massima, almeno la metà dell'intero ammontare della didattica nel primo triennio e due terzi di esso nel secondo triennio ed include l'attività tutoriale, l'attività pratica guidata (laboratorio, attività assistenziale ed attività seminariale). L'attività tutoriale sarà effettuata mediante l'affidamento di piccoli gruppi di studenti a singoli docenti.

L'attività didattica integrativa potrà essere svolta anche presso strutture e da personale del Servizio Sanitario Nazionale dopo stipula di apposite convenzioni".

La legge 341/90 sulla riforma degli ordinamenti didattici universitari attribuisce una funzione docente al ricercatore confermato (art. 12) e a proposito del tutoraggio (art. 13) così recita:

"1. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge ciascuna università provvede ad istituire con regolamento il tutorato, sotto la responsabilità dei consigli delle strutture didattiche.

2. Il tutorato è finalizzato ad orientare ed assistere gli studenti lungo tutto il corso degli studi, a renderli attivamente partecipi del processo formativo, a rimuovere gli ostacoli ad una proficua frequenza dei corsi, anche attraverso iniziative rapportate alle necessità, alle attitudini e alle esigenze dei singoli.

3. I servizi di tutorato collaborano con gli organismi di sostegno al diritto allo studio e con le rappresentanze degli studenti, concorrendo alle complessive esigenze di formazione culturale degli studenti e alla loro compiuta partecipazione alle attività universitarie".

Molte facoltà e senati accademici si stanno orientando per limitarne il significato ad una guida effettuata da uno studente più anziano (nel caso di medicina potrebbe essere anche uno specializzando!) che avrebbe per questa funzione un riconoscimento da parte delle regioni nell'ambito dei

finanziamenti per il diritto allo studio.

Nella legge delega 21 febbraio 1980, n. 28, e 11 luglio 1980, n. 382, si precisa che i compiti didattici dei ricercatori comprendono le esercitazioni, la collaborazione con gli studenti nelle ricerche attinenti alle tesi di laurea e la partecipazione alla sperimentazione di nuove modalità di insegnamento ed alle connesse attività tutoriali.

Attualmente i problemi da affrontare sono i seguenti:

- 1) Può essere utilizzato lo studente più anziano o, meglio, lo specializzando per un'attività tutoriale?
- 2) Deve essere utilizzato il ricercatore confermato da solo o sotto la guida di un docente associato od ordinario?
- 3) L'attività tutoriale deve essere intesa come un'attività strettamente collegata al corso integrato?, o deve essere collegata con l'obiettivo finale della preparazione dello studente?
- 4) Chi nomina il tutor?, chi lo controlla nello svolgimento della sua funzione?

Va rilevato anzitutto che vi è la possibilità di identificare all'atto pratico, per la didattica tutoriale, modi diversi di procedere. In una prima forma essa va intesa come integrazione della didattica teorico-pratica di un determinato corso integrato, richiedendo quindi docenti con esperienze specifiche. In tal caso non può essere demandata ai docenti titolari del corso integrato che possono organizzare in tali forme l'aliquota della loro attività di insegnamento diversa dall'insegnamento formale.

La differenza fondamentale tra l'attività tutoriale e le altre forme di didattica teorico-pratica consiste nel fatto che essa si rivolge ad un gruppo di studenti non superiore a 10-12 unità, che comporta una compartecipazione, prolungata per almeno un semestre continuativo all'attività di gruppo sia dei docenti che dei discenti, che comprende nel suo contesto tutta una serie di verifiche in itinere o addirittura una continuità di verifiche dell'apprendimento di cui il docente terrà conto al momento della valutazione finale dei risultati del corso integrato.

Se ne ha la possibilità, il docente può adottare una modalità tutoriale per tutto il contingente di ore di insegnamento teorico-pratico che gli competono nel corso integrato cui afferisce.

In una seconda forma la didattica tutoriale diviene di competenza dei docenti con preparazione meno specialistica e settoriale: ciò particolarmente nell'insegnamento clinico, nel quale può prendere il posto delle tradizionali esercitazioni. In tal caso non limita la sua opera didattica esclusivamente alla materia cui egli stesso afferisce, ma la estende a tutto il contesto dell'insegnamento clinico, pur mantenendo un approfondimento selettivo nel campo che

Ricerca eseguita con il finanziamento Murst 40% "Metodi per la formazione del Medico e dello specialista", anno 1991.

maggiormente è di sua competenza.

L'affidamento viene fatto in continuità, e non saltuariamente con rotazione fra diversi docenti, come invece si verifica nelle esercitazioni: il periodo di attività di ogni gruppo tutoriale è prolungato per almeno un semestre, ma è forse meglio che esso duri per tutto il triennio clinico, inserendo nello stesso gruppo studenti di anni diversi.

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

Primo quesito. L'utilizzo di uno studente in medicina nell'attività tutoriale sembra di scarsa utilità. Dovrebbe essere comunque limitato solo all'orientamento delle matricole. Potrebbero essere invece proficuamente utilizzati gli specializzandi come guida e orientamento per gruppi di stu-

denti, ma anche questo all'atto pratico sembra di scarsa utilità. L'utilizzo quindi di studenti o specializzandi per l'azione di tutoraggio è di difficile applicazione, spontanea e non controllabile, e la medicina avrebbe più problemi che vantaggi da questo istituto.

Al secondo quesito, credo che la risposta sia ovvia: il ricercatore confermato deve essere utilizzato concordando via via il programma di attività con un docente associato o ordinario, coordinatore del corso integrato o coordinatore di area. Un'altra possibilità è che i tutor rispondano al presidente del corso di laurea o a una commissione didattica nominata dal Consiglio di corso di laurea.

Per quanto riguarda il terzo quesito si ritiene che il modo più corretto di utilizzo del tutoraggio sia quello di collegarlo con il semestre.

Al quarto quesito credo si possa rispondere con questa proposta: il corso integrato o i coordinatori d'area propongono al consiglio di corso di laurea i nominativi con un breve curriculum. Il consiglio di corso di laurea organizza il tutoraggio e ne effettua il controllo.

Spazi didattici

Carmelo Fersini

Il tema degli "spazi didattici" è tra i più ardui da affrontare perché esso investe responsabilità che, più che dei C.c.l., sono soprattutto degli Organi di governo delle Università, della loro politica di bilancio, dei loro rapporti convenzionali con gli Enti assistenziali, etc. A noi, comunque, spetta il compito di conoscere e di far conoscere le esigenze nel settore; ad Altri spetta quello di provvedervi.

Per dar corpo alla nostra esigenza conoscitiva, questo articolo vuole avere la presunzione di recare un certo contributo.

Vorrei, però, pregare i Colleghi che si accingono a leggerlo, di esaminarlo non come esso potrebbe - alle prime - apparire: cioè uno schema rigido da applicarsi, tal quale, in ogni caso.

Esso è, invece, una semplice guida, una sorta di "griglia generatrice" (per usare una terminologia cara al nostro mai abbastanza compianto Pino De Benedictis) perché mentre in molte configurazioni di Corsi Integrati dell'uno o dell'altro triennio, ovvero di questa o di quell'altra Sede, esso si può applicare senza necessitare di alcun aggiustamento, in altri casi, per contro, potrebbero richiedersi dei ritocchi in ordine a configurazioni "particolari", vuoi intrinseche ad alcuni Corsi Integrati, vuoi per esigenze operative settoriali o locali.

Al termine della lettura non sarà difficile a nessuno rilevare in qual modo possano essere "corretti" certi termini, specie i "denominatori", in ragione di diversificate circostanze e/o esigenze.

Per costruire un ipotetico tabulato che raccolga tutte le operazioni necessarie a costruire la "griglia", è opportuno partire dalle colonne dei dati A, B, C, D ed E che riassumono il Debito orario per studente secondo l'organizzazione che ciascun Docente (o gruppi di Docenti) ha inteso dare al Corso integrato cui afferisce o partecipa (leggasi "Modulo didattico").

In particolare:

A = ore di lezione tradizionale

B = ore per seminari

C = ore di esercitazione

D = ore per autoapprendimento guidato

E = ore per attività tutoriale

La colonna F potrà esprimere le ore di occupazione delle aule quali sedi della didattica tradizionale (colonna A) e delle attività seminariali (colonna B).

Il computo è assai facile dato che questa parte della didat-

tica si rivolge, in genere, all'intera scolaresca e, quindi, il tempo di occupazione, coincide con il monte-ore stabilito per queste attività (col. A+B).

Per ricavare un indice numerico delle necessità di aule si suddivide il valore della colonna F (tempo di occupazione delle aule) per una disponibilità valutata presuntivamente in 5 ore nella mattina (dalle 8,30 alle 13,30 x 5 giorni alla settimana x 14 settimane ($I = F/350$)).

Molto più complessa è la procedura da seguire per le altre forme di attività didattica le quali, peraltro, hanno in comune la variabile relativa al rapporto con il numero (?) e, indirettamente, con la numerosità dei "piccoli gruppi" in cui la scolaresca intera dovrà risultare divisa.

In altre parole, ciascun valore di debito orario/studente (col. C, D, E) deve essere moltiplicato per il numero dei gruppi specificamente previsti.

L'altra importante variabile riguarda il fatto che le attività didattiche di tipo esercitativo (col. C) da un lato e quelle per l'autoapprendimento e l'attività tutoriale (col. D, E) dall'altro, necessitano di "sedi" differenziate.

Perciò sarebbe giusto distinguere:

A. - le "strutture", quali luoghi deputati per le esercitazioni (col. C) ed intendendo con esse: prevalentemente "laboratori" per il 1° triennio e prevalentemente "corsie" o assimilabili (ambulatori, sale operatorie, P.S. etc.) per il secondo; B. - le "aulette" più idonee per le attività di autoapprendimento guidato (col. D) e tutoriale (col. E).

Tutto quanto sopra si può riassumere come segue:

Col. G = ore di occupazione strutture ($G = C \times ?$);

Col. H = ore di occupazione aulette ($H = D + E \times ?$).

Per ricavare poi, anche in questo settore didattico, indici numerici di necessità, è indispensabile tener conto anche delle differenti caratteristiche ed esigenze peculiari dei due trienni.

Infatti, un:

Col. J = indice numerico delle necessità di "strutture" (per le esercitazioni) deve essere valutato in modo differenziale a seconda del riferimento al 1° o al 2° triennio in relazione alla differente disponibilità dei "laboratori" rispetto alle "corsie". Per il primo triennio (J1) il calcolo può essere eseguito nella presunzione che le attività esercitative (col. C) si svolgano di fatto per circa metà nei laboratori e per l'altra metà in aulette. Sulla base di una disponibilità dei laboratori per 3 ore pomeridiane (dalle 15 alle 18) x 5 giorni alla settimana x 14 settimane risulta: $J1 = (G/2)/210$.

Per il secondo triennio (J2) si può procedere nella presunzione che le attività esercitative (col. C) debbano essere svolte per almeno 2/3 nelle corsie e per il rimanente (eventualmente) in aulette.

Ricerca eseguita con il finanziamento Murst 40% "Metodi per la formazione del Medico e dello specialista", anno 1991.

Esempio

Riferito a:

100 studenti/anno

100 ore/corso integrato

Suddiviso in:

(?) = 7 gruppi di 15 studenti nel 1° triennio

(?) = 15 gruppi di 7 studenti nel 2° triennio

Colonna	1° triennio	2° triennio
A	50	40
B	10	10
C	15	20
D	15	20
E	10	10
F=A+B	50+10=60	40+10=50
G=Cx?	15x7=105	20x15=300
H=(D+E)x	15+10x7=175	20+10x15=450
IF/350	60/350=0,171	50/350=0,141
J1=(G/2)/210	(105/2)/210=0,25	
J2=(2/36)/105		((300/3)x2)/105=1,90
K1=(G/2+H)/210	((105/2)+175)/210=1,08	
K2=(G/3+H)/210		((300/3)+450)/210=2,61

Sulla base di una disponibilità delle corsie (derivante dai regolamenti ospedalieri) di 1,5 ore pomeridiane (dalle 16,30 alle 18) x 5 giorni alla settimana x 14 settimane si ottiene $J2 = (2/3 G)/105$.

Col. K = indice numerico delle necessità di aulette, per le attività inerenti l'autoapprendimento guidato, l'attività tutoriale (col. H) ed una parte di quella esercitativa (vedi sopra).

Anche qui occorre una valutazione differenziale tra i due trienni non tanto in relazione alla disponibilità di aulette - ipotizzabile in 3 ore (dalle 15 alle 18) x 5 giorni alla settimana x 14 settimane - quanto piuttosto perché diversa è la quota di esercitazione che utilizzerebbe l'auletta in alternativa o al laboratorio o alla corsia.

Così: per il 1° triennio: $K1 = (G/2 + H)/210$;

per il 2° triennio: $K2 = (G/3 + H)/210$.

La sommatoria dei valori corrispondenti agli indici specifici in ciascun Corso integrato equivale, approssimativamente per difetto, al numero di "spazi didattici" (rispettivamente: aule, "strutture", aulette) necessarie per triennio o per intero Corso di Laurea.

Tutto questo s'intende necessitato salvo l'esistente: e ciò in relazione alle molte, varie disparità in termini di numero, capienza, distribuzione, etc.

Il problema della valutazione didattica dei Docenti universitari

Luciano Fiore Donati

L'argomento oggetto di queste note riguarda il problema dei criteri seguiti o da seguire per valutare il livello di qualità del personale universitario laureato che opera nella Facoltà di Medicina, il quale per definizione ha come compiti istituzionali fondamentali quelli di svolgere attività di ricerca e di insegnamento (essendo l'attività assistenziale un ulteriore compito che tuttavia si esplica solo nei reparti di diagnosi e cura).

Attività scientifica.

Se ci si volesse porre una serie di interrogativi concernenti in particolare: 1) i mezzi concretamente utilizzati per esprimere un giudizio di merito sulle qualità "scientifiche" di un candidato a un concorso universitario o a un trasferimento per chiamata, 2) l'attendibilità dei risultati ottenuti con tali mezzi e, più in generale, 3) l'effettiva diretta proporzionalità esistente tra livello di qualità scientifica e posizione accademica, le risposte da dare potrebbero risultare in media sufficientemente positive. Con un punteggio complessivo collocabile tra il 7 meno e il 7 e mezzo.

Fatte le debite proporzioni e nulla volendo togliere ai meriti dei vincitori di concorso a cattedra o dei chiamati per trasferimento di venti e più anni fa, mi sembra giustificato ritenere che al giorno d'oggi le Commissioni giudicatrici e le Facoltà tengano nel dovuto conto, più che in passato, il livello di qualità della ricerca scientifica dei candidati. A prescindere dall'eventuale peso di altri elementi non propriamente di merito che purtroppo ben conosciamo, il principale parametro di giudizio è infatti giustamente rappresentato non dal numero delle pubblicazioni (che pure va preso in considerazione insieme alla continuità dell'attività) ma dalla qualificazione delle riviste in cui sono comparsi i lavori dei candidati, alcune di indiscusso prestigio altre comunque ufficialmente riconosciute e inserite in appositi elenchi (Index medicus e simili). A mo' di esempio, un lavoro pubblicato sul *Journal of Experimental Medicine* (con il candidato come primo nome fra gli autori) avrà nella valutazione dei meriti scientifici una quotazione particolarmente elevata, di gran lunga superiore a quella attribuibile a un numero molto maggiore di pubblicazioni comparse in riviste di assai minor prestigio anche se dignitose come, sempre a mo' di esempio, il *Friuli Medico*.

Non voglio certo con questo sostenere che i vincitori degli attuali concorsi siano tutti e sempre i migliori né che le commissioni siano tutte e sempre esenti da critiche e tanto meno che i concorsi universitari o le chiamate delle Facoltà siano da prendere a modello di come le istituzioni pubbli-

che dovrebbero operare per rispondere adeguatamente alle esigenze della collettività.

Desidero solo affermare che oltre i titoli di carriera o di anzianità, quelli riguardanti l'attività di ricerca (produttività scientifica) sono materia di valutazione sufficientemente precisa e attendibile. Gli strumenti di misura sono lì a disposizione. Sempre che li si voglia onestamente utilizzare.

Attività didattica.

E l'attività "didattica" invece? Che pure fa parte integrante del lavoro di chi si definisce appunto "docente" universitario (ricercatore o professore ordinario che sia). Come si valuta? La risposta è semplice. Non la si valuta affatto! O meglio, non potendo fare diversamente o non essendo abituati a fare diversamente, si fa finta di valutarla. Sulla base cioè di certificazioni burocratiche (tot numero di ore o di incarichi di insegnamento nelle scuole di specializzazione, ad esempio) o di dichiarazioni generiche eguali per tutti ("il tal dei tali ha svolto con piena soddisfazione della Facoltà i compiti didattici assegnatigli") ovvero di attestati laudatori di dubbia obiettività ("il sottoscritto Direttore dichiara che il tal dei tali in tutti questi anni si è dedicato con passione all'insegnamento, come risulta anche dall'apprezzamento degli studenti" - sicuramente mai dichiarato).

Atti dovuti, si potrebbe definirli. Che non consentono alcun vero giudizio circa la qualità e l'entità reali dell'impegno didattico. E ciononostante, considerati elementi necessari e comunque sufficienti perché una commissione o una Facoltà possano legittimamente esprimere un giudizio che se pur complessivo sarà al novanta per cento fondato sulla valutazione dei titoli scientifici.

Chiunque abbia vissuto anche solo pochi anni in un ambiente universitario sa perfettamente tutto questo. Così, se vorrà raggiungere "le mete cui giustamente aspira", ivi compresi i finanziamenti per ricerca, deciderà di dedicare la maggior parte del proprio tempo e delle proprie energie ad acquisire titoli scientifici, cioè a "produrre scienza" e di conseguenza tempo ed impegno assai minori alle attività didattiche, cioè a "produrre insegnamento/apprendimento", le quali verranno comunque certificate d'ufficio, come accennato in precedenza.

E perché mai dovrebbe comportarsi diversamente? Chi pubblica molto - e bene, possibilmente -, ha tutte le carte in regola per progredire nella carriera accademica, anche se ha insegnato poco e male. Chi pubblica di meno - anche se bene - ritenendo suo dovere impegnarsi molto nella didattica, avrà assai minori possibilità di successo.

L'analisi della situazione, così come ora esposta, è forse

Ricerca eseguita con il finanziamento Murst 40% "Metodi per la formazione del Medico e dello specialista", anno 1991.

eccessivamente semplificata e non tiene conto, volutamente, delle numerose ma pur sempre fortemente minoritarie eccezioni alla regola. Sicuramente esistono nelle varie sedi universitarie colleghi che a vari livelli svolgono egregiamente sia ricerca che didattica. Sicuramente, negli ultimi anni si è assistito al sorgere di un nuovo e maggiore interesse per i problemi della didattica in Medicina, grazie anche al contributo di istituzioni extra-universitarie come la Fondazione Smith-Kline (atelier pedagogici di vario tipo, corsi di formazione per tutori etc.) Ed è anche vero che un buon ricercatore può essere facilmente anche un buon didatta, sempre che lo voglia, mentre non è egualmente vero l'inverso.

Ma il punto non è questo! Sono infatti convinto che non siano sufficienti, per quanto incoraggianti, i segni di un certo risveglio di sensibilità ai problemi dell'educazione medica e l'esistenza del volontariato didattico e pedagogico.

Quello che è indispensabile e urgente è che cambino radicalmente la mentalità e le radicate abitudini dell'intero corpo accademico. In primo luogo, quelle dei Professori di I fascia, dei Direttori di Istituto e/o di Dipartimento, dei Presidi di Facoltà, dei Presidenti di Corso di Laurea, dei Rettori.

È indispensabile e urgente che ci si renda conto del fatto che l'Università non è solo la sede naturale (ma non esclusiva) della cultura, del pensiero scientifico, della ricerca. Essa è anche - e di più - la sede naturale dell'insegnamento e dell'apprendimento. Facoltà Medica significa soprattutto Scuola di Medicina. dove si insegna appunto ad apprendere la Medicina. Dove il futuro medico si forma e impara anche che l'apprendimento non termina con il conferimento della laurea. Dove quindi è indispensabile poter contare sul maggior numero possibile di veri, buoni, motivati insegnanti.

Se è così, come io e altri fermamente crediamo, allora è indispensabile e urgente ideare, essendo poi in grado di applicarli, efficaci strumenti operativi idonei a spingere tutti coloro cui spetta il ruolo di docenti a impegnarsi a fondo nell'opera didattica. Non facendo tuttavia affidamento sulla sola consapevolezza della necessità di rinnovare il sistema. Ma partendo invece dalla pragmatica premessa che "l'individuo tende a praticare le attività da cui ricava gratificazione tralasciando quelle inutili a questo fine"¹ Gratificazioni e anche vantaggi concreti. Perché per godere della beatitudine della povertà è ben necessario ottenere autorevoli e documentate assicurazioni circa l'ingresso nel Regno dei cieli.

Gli obiettivi, non facili, da raggiungere sono quindi: 1) concepire mezzi di valutazione dell'entità e qualità dell'impegno didattico ragionevolmente oggettivi, 2) convincere (meglio sarebbe poter dire: obbligare) la collettività universitaria ad adottarli, 3) fare in modo che il riconosciuto merito didattico/pedagogico sia considerato come valida carta di credito, necessaria così come il merito scientifico, per raggiungere (e mantenere) determinate posizioni accademiche.

Ritengo a questo proposito che il Corso di Laurea e la Facoltà abbiano non solo il diritto ma il dovere di ottenere

informazioni attendibili, dettagliate ed esaurienti circa la "qualità didattica" dei propri docenti². Ma confesso di avere forti dubbi circa i modi concreti da impiegare per esercitare tali diritti e assolvere a tali doveri in maniera equilibrata e allo stesso tempo efficace.

Ad esempio, sono personalmente convinto che il giudizio degli studenti sia uno degli ingredienti essenziali per la valutazione di merito. Chi se non colui che riceve direttamente un prodotto e lo consuma ha titolo per esprimere un giudizio sulla qualità di esso? Nel caso specifico, chi se non lo studente può assegnare per conoscenza diretta del prodotto didattico un voto al docente circa l'impegno manifestato nelle aule, nei laboratori, nelle corsie, circa la chiarezza dell'esposizione, la disponibilità e lo stimolo al colloquio, la capacità e l'interesse per i contatti interpersonali, la pertinenza delle metodologie didattiche impiegate, la coerenza dei programmi di esame con l'effettivo svolgimento e con gli obiettivi del corso, etc.?

E chi, se non il docente pigro e non motivabile, geloso dei propri malintesi privilegi, distratto da altri interessi non propriamente didattici, sicuro della aprioristica solidarietà della corporazione accademica o anche solo restio ad accettare qualsiasi mutamento innovativo, può negare l'utilità della valutazione oggettiva da parte dello studente sull'operato del corpo insegnante?

Bisognerà allora far sì che la maggior parte degli studenti sia interessata a esprimere un giudizio e lo faccia effettivamente, garantire che tale giudizio sia sufficientemente oggettivo oltre che articolato, utilizzare i risultati per ottenere in tempi ragionevoli la progressiva riduzione del numero dei docenti pigri, distratti o restii.

Tutto questo certamente non basta. Né questa è l'unica strada da percorrere. Anche perché è consigliabile evitare tentazioni o accuse di fondamentalismo populista e demagogico.

Perché allora non pensare di istituire una specie di Comitato dei Garanti per la didattica, composta da rappresentanti delle varie componenti universitarie, cui affidare ufficialmente il compito di accertare nei modi ritenuti più opportuni se, quanto e come vengono soddisfatte da parte dei vari docenti le esigenze primarie di una educazione medica corrispondente alle attese?

Non desidero entrare nel merito dei metodi da adottare per raggiungere lo scopo. Questionari, griglie di valutazione, punteggi, etc. Si vedrà poi quali strumenti scegliere che siano più accettabili di altri, più facili da adottare, più utili allo scopo.

L'essenziale è la volontà di intervento. Perché è forse giustificata l'invocazione "Dio salvaci soprattutto da coloro che si sono messi in testa di salvarci" ma è altrettanto vero che "la disperazione peggiore per un uomo (o per una società) è il dubbio che vivere onestamente sia inutile".

¹A. Martin, G.C. Sturmiolo, L. De Cecco, R. Naccarato: Strategie per il rinnovamento della didattica Medica: incentivare i docenti attraverso la valutazione oggettiva delle loro attività didattiche. *Pedagogia Medica*, 2, 134-136, 1988.

²G. Moscatello: La valutazione dei docenti. *Pedagogia Medica*, 5, 81-83, 1991.

I Corsi di Laurea all'inizio del 4° anno

Emilio Sergio Curtioni

Con la collaborazione di: C. Balestrieri, G. Bompiani, C.M. Calderera, A. Capelli, A. Cherchi, S. Cinti, P.E. Di Prampero, L. Frati, C. Fruschelli, D. Gambi, C.W. Loeb, A. Maida, F. Manenti, F. Marotti, V. Mitolo, G. Nardi, S. Navarra, A. Pagano, I. Panella, A. Pinchera, G. Rausa, F. Rinaldi, G. Rocchi, C. Scandellari, L.F. Signorini, L. Tiepolo, M. Toscano, A. Ventura, S. Venuta, L. Vettore

Nell'anno accademico 1990-91 quasi tutti i corsi di laurea in Medicina e Chirurgia italiani giungevano al termine del primo triennio di applicazione del nuovo ordinamento degli studi medici ("nuova tabella 18"). Solo nelle Università di Catania e di Roma Tor Vergata non si era ancora giunti al termine del terzo anno, poiché in quelle sedi il nuovo ordinamento era stato iniziato con un anno di ritardo. Tre facoltà invece (Modena, Napoli II facoltà, Pisa) avevano terminato il primo triennio nell'anno precedente, avendo iniziato l'applicazione della nuova Tabella 18 con un anno di anticipo rispetto alle altre. La Conferenza Permanente dei Presidenti dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia si è preoccupata in questi anni di seguire con attenzione l'attuazione della riforma del corso di laurea: a questo scopo ha condotto a termine una serie di indagini su vari aspetti della sua applicazione¹⁻⁷. Al momento attuale ha inteso valutare come stia avvenendo il passaggio dal primo al secondo triennio.

Materiali e metodi

È stato messo a punto un questionario di diciotto domande che indagavano in tre direzioni: a) la situazione degli esami al termine del terzo anno, b) il destino degli studenti all'inizio del quarto anno, c) le misure prese da ciascuna Facoltà per aiutare gli studenti a rimanere in pari con gli esami. L'elenco delle domande è presentato nella tabella I. La brevità del questionario è stata appositamente calcolata (secondo il principio "one form one sheet"), per aumentare la probabilità che venisse restituito compilato entro il termine di tempo previsto.

Il questionario è stato inviato a tutti i presidenti dei corsi di laurea all'inizio di novembre, in coincidenza con la data ufficiale di chiusura dei termini per l'iscrizione all'Università. Lo scopo era di avere dati corrispondenti alla situazione definitiva per questo anno accademico. Però questo non si è potuto ottenere del tutto poiché in alcune sedi i Senati

Accademici hanno prolungato i termini per l'iscrizione. Le risposte al questionario sono state raccolte entro l'inizio di dicembre ed i risultati sono stati discussi con i presidenti dei corsi di laurea durante in loro incontro a metà di dicembre 1991. Questo ha consentito di portare alcune correzioni e completamenti a quanto era stato scritto nelle risposte.

Risultati

I risultati delle risposte di ciascuna sede sono esposti in maniera sintetica nella tabella 2.

Come si vede, non tutte le sedi hanno risposto a tutte le domande del questionario. Infatti al momento dell'indagine in alcune sedi non erano disponibili certi dati; in alcune altre sedi i presidenti hanno potuto procurarsi i dati con notevole difficoltà.

Nelle tabelle e figure successive i risultati riportati nella tabella II vengono analizzati per categorie.

Condizioni per l'iscrizione al quarto anno

La tabella 3 dà il quadro della possibilità che si iscrivano al 4° anno di corso studenti che non hanno completato gli esami del primo triennio.

Delle ventinove sedi che hanno risposto, dieci non ammettono all'iscrizione al quarto anno studenti che alla fine del terzo anno non abbiano terminato tutti gli esami. Sedici corsi di laurea ammettono anche studenti che siano in debito di qualche esame, in numero variabile a seconda delle sedi.

Solo in tre sedi non è stato applicato alcuno sbarramento all'iscrizione. Per quanto è stato riferito, Bari e Torino

Tabella 1 - Domande poste ai corsi di laurea.

- È stato attuato uno sbarramento per l'iscrizione al 4° anno?
- A chi non è stato permesso di iscriversi al 4° anno?
- A chi è stato permesso di iscriversi al 4° anno "sotto condizione"?
- Quanti erano iscritti al 3° anno nel '91-'92?
- Quanti sono iscritti al 4° anno a tutt'oggi?
- Quanti sono iscritti al 4° anno sotto condizione?
- Quanti si sono iscritti al 3° anno fuori corso?
- Quanti si sono iscritti al 3° anno come ripetenti?
- Quanti si sono trasferiti ad altre Facoltà di Medicina?
- Quanti hanno abbandonato gli studi medici?
- Di quanti non si hanno notizie a tutt'oggi?
- Situazione degli esami fra gli iscritti al 4° anno:
 - studenti senza debiti di esami
 - studenti con 1 esame in debito
 - studenti con 2 esami in debito
 - studenti con 3 esami in debito
 - studenti con 4 esami in debito
 - studenti con più di 4 esami in debito
- Sono state prese misure straordinarie per aiutare gli studenti del 4° anno a mettersi in pari con gli esami arretrati?

Ricerca eseguita con il finanziamento Murst 40% "Metodi per la formazione del Medico e dello specialista", anno 1991.

Tab. 2 - Riassunto delle risposte date al questionario.

Sede	Blocco	Chi non può iscriversi	Iscritti sotto condizione	III a.	IV a.	III FC	III Rip.	Trasf. sede	Abbandoni	Non si sa	Tutti esami	-1	-2	-3	-4	->4	Come vengono aiutati gli studenti
Ancona	si	Esami arretr.	2 esami arretrati	80	13+28	19	22	5	2		13 26%	10	18				Appello in dic.
Bari	no			266	236	0	0	10	20	0	51	11	9	12	11	142	Più date x esami
Bologna	si		Esami arretrati del I o del II a.	216	37+125	25	18				37 17%	?	?	?	?	?	Recupero 20-30 luglio
Brescia	si	>2 esami	3 o 4 esami	118	77	24	7	1		8	35	26	16				No delibere
Cagliari	si	Esami arretr. non del IV sem.	Frequentati I triennio	201	36+40	0	114	11	0	0	36 18%						Appello dal 21-12 al 11-1
Catanzaro	si	>2 esami arretrati	2 esami arretr.	45	25+10	0	8	2	0	0	14 31%	2	2			18	Sost. <2 esami a febbraio
Chieti	si	>5 esami arretrati	>6 esami arretrati	153	51+23	50	19	1	1	8	51 33%	11					Appelli straord. per certi esami
Ferrara	si	>4 esami arretrati	Non possibile	47	18	11	12	6	0	0	8 17%	3	0	3	4		No delibere
Firenze	si	>3 esami arretrati	3 esami arretrati	146	32+8	42	42	5	17	0	16 11%	9	5	8			App. 10-20/12
Genova	si	Esami arretr. I biennio	Tutti	149	101	48	31	12	0	5	24 16%	20	15	12	12	18	Appello in dic.
L'Aquila	si	Esami arretr.	Esami arretrati primi 5 semestri	38	22+9	0	6	1	0	0	8 21%	2	2	0	0	10	Sostenibili >2 esami a febr.
Messina	si	Esami arretr.	Alcuni esami arretrati	134	31+46	25	18	4	2		31 23%	16	13	6	6	5	Appelli straordinari
Milano (2 poli su 3)	no			505	273 tutti2poli	16	41	3			72 26%	85	44	34	31	7	- Più appelli - Revis. critica - Doc. in facoltà
Modena	si	>2 esami arretrati	2 esami arretrati	128	81	25	15	7	0	0	31 39%	26	24				Appello in nov.
Napoli I	si	Esami arretr. non del VI sem.	Non possibile	307	78	7	160	50?	12?		25 8%	8	24	21			No delibere
Napoli II	si		Esami recup. entro febbraio	524	117+220		187				117 22%						Per ora nessuna delibera
Padova	si	Esami arretr. del VI semestre	Non possibile	235	110	71	51	1	2	99	22 9%	33	43	12			- App. vacanze Natale e Pasqua dove commiss. disponibili - Recupero a lug.
Parma	si	>4 esami arretrati	4 esami del III anno, per febb.	85	42	29	11	1	2	0	8 9%	2	15	10	7		Appello 7-10 gennaio
Pavia	si	>3 esami del III anno arretr.	Non possibile	234	125	46					31 13%						Anticipi e prolungamenti
Perugia	si	>4 esami	Fino a 4 esami arretrati	88	14+35	27	12	0	0	0	14 16%	11	8	13	3		- Corsi di supp. - Anticipo febb.
Pisa	si	Esami arretr.	Frequentato I triennio	193	50	6	37	6	9	85	50 26%	17	22	14	8	56	- Esami apr. dic. - Recuperi lug.
Roma Sap.	si	Esami arretr. I biennio	Chi prevede di finire a febb.	789													App. in gen.
Roma Catt.	si	Nessuno (app. a dic.)	2 esami arretr. per febb.	195	27+156			2			27 14%	42	50	32	14	18	App. a dic.
Sassari	si	Esami arretr.	Non possibile	74	0?	57?	0	4	5		0	1	2	0	1	53	App. straord.
Siena	si	Per ora: solo ai ripetenti	>7 esami arretrati	117	18+38	21	40	0	0	0	18 15%	9	6	8	6	35	App. nov. dic. gennaio
Torino	no			208	189	8	8	0	3	0	75 36%	17	20	15	13	49	Esami 7-11 gennaio
Trieste	si	>2 esami arretrati	2 esami arretrati	54	25+10	6	3	10	0	0	25 46%	2	8	0	0	0	Recuperi lug.
Udine	si	Esami arretr. I biennio	>3 esami III a. dopo febr.	38	9+23	2	4	0	0	0	3 8%	3	4	12	11		No delibere
Verona	si	>2 esami	2 esami	129	34+	76?	0	0?	0?	0?34	0	19					- App. di certi esami in vacanze di Natale - Chi dopo febb. non torna in parti ha comunque valido il I semestre dei 4° anno

Catania e Roma Tor Vergata hanno iniziato un anno dopo gli altri, perciò non sono giunti al IV anno; Modena, Napoli II e Pisa hanno iniziato un anno prima degli altri.

Tab. 3 - Può iscriversi al 4° anno senz'altro.

Condizione	Sede
- Solo chi non ha esami arretrati	Ancona, Firenze, L'Aquila, Messina, Napoli II, Perugia, Pisa, Roma Catt., Sassari, Siena, Trieste, Verona, Udine
- Chi ha non più di 2 esami arretr.	Brescia, Catanzaro, Modena
- Chi ha non più di 3 esami arretr.	Pavia
- Chi ha non più di 4 esami arretr.	Ferrara, Pama, Perugia
- Chi ha non più di 5 esami arretr.	Chieti
- Chi è in debito solo di esami del 3° anno (di solito 6)	Bologna, Genova, Roma Sapienza
- Chi è in debito solo di esami del VI semestre (di solito 3)	Cagliari, Napoli I, Padova
- Tutti gli studenti	Bari, Milano, Torino

hanno chiesto al Ministero dell'Università di poter inserire esplicitamente questa clausola nei loro statuti e soprassiedono a deliberare in proposito in attesa di una risposta ministeriale. Milano non ha applicato per quest'anno alcuno sbarramento in considerazione della bassa percentuale di studenti che alla fine del 3° anno sono in pari con gli esami (vedi tabella 2 e figure 6 e 7).

In molte sedi (venti) studenti che non abbiano pieno diritto di iscriversi al 4° anno possono però iscriversi alla condizione che entro la sessione di recupero di febbraio rientrino nella situazione che nella loro sede consente l'iscrizione a tutto diritto. Nella tabella 4 sono indicate le situazioni nelle quali uno studente può iscriversi al 4° anno "sotto condizione". La situazione riguarda l'arretrato di un numero di esami variabile da due in su.

Tab. 4 - Può iscriversi al 4° anno sotto condizione.

Condizione	Sede
- Non si può iscriversi sotto condizione	Ferrara, Napoli I, Padova, Pavia, Sassari
- Chi ha non più di 2 esami arretrati, da completare entro febbraio	Ancona, Roma Catt., Trieste, Verona
- Chi ha non più di 3 esami arretrati, da completare entro febbraio	Firenze, Udine
- Chi ha non più di 4 esami arretrati, da completare entro febbraio	Brescia, Parma, Perugia
- Chi ha non più di 6 esami arretrati, da completare entro febbraio	Chieti, Siena
- Chi ha qualunque numero di esami arretrati, da completare entro febbraio	Bologna, Cagliari, Genova, L'Aquila, Messina, Napoli II, Pisa, Roma Sapienza

Numero di iscritti al quarto anno

La difficoltà di iscriversi al 4° anno ha determinato una diminuzione del numero di studenti. Nella figura 1 (a e b)

è rappresentato per ciascuna sede il numero di studenti che:

- erano iscritti al 3° anno nello scorso anno accademico;
- nel presente anno accademico sono iscritti al 4° anno a tutti gli effetti oppure "sotto condizione".

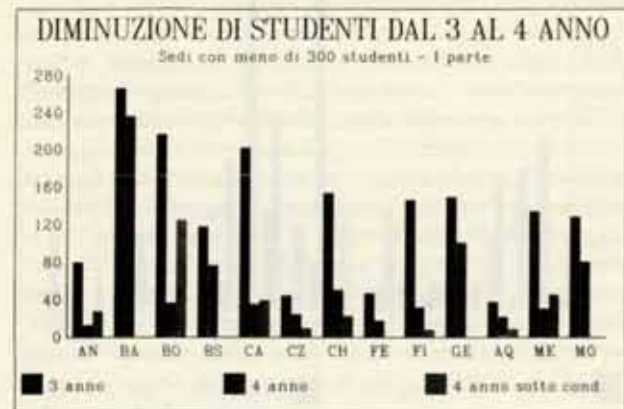


Fig. 1a



Fig. 1b

Le figure riguardano le sedi con un numero di studenti non superiore a circa 300; sono perciò esclusi i corsi di laurea di Milano e di Napoli II facoltà. Questo per motivi di proporzione dei grafici: la presenza delle due facoltà citate costringerebbe ad ampliare la scala e perciò ad appiattire quasi tutti gli istogrammi. I dati delle due facoltà escluse sono comunque disponibili nella tabella 2.

Come si vede dalla figura 1 la diminuzione di studenti è modesta solo nelle facoltà che non impediscono l'accesso al 4° anno a nessuno studente; è più rilevante nelle altre sedi, nelle quali si nota che la composizione percentuale degli iscritti al 4° anno (a pieno titolo oppure "sotto condizione") è molto diversa da una sede all'altra, a seconda delle norme stabilite nelle singole sedi.

Ripetenti

La figura 2 riporta quanti sono in ciascun corso di laurea gli studenti che ripetono il 3° anno.

Si ricorda che debbono ripetere un anno di corso gli studen-

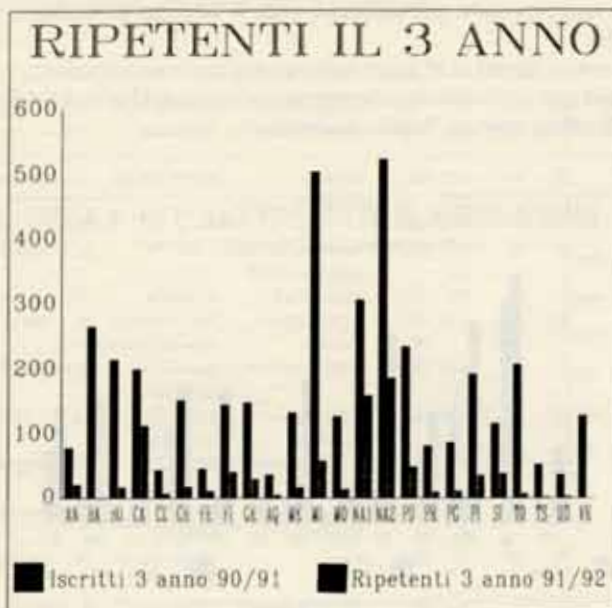


Fig. 2

ti che non hanno ricevuto tutte le firme di frequenza. La percentuale dei ripetenti presenta notevoli differenze: molto elevata, per esempio, nei corsi di laurea di Cagliari e della I facoltà di Napoli, molto più bassa nei corsi di laurea di Bologna e di Torino.

Andamento negli anni

Nella figura 3 viene dato uno schema generale della situazione degli iscritti in tutti i corsi di laurea.



Fig. 3

Degli studenti che frequentavano il 3° anno nello scorso anno accademico, ora quasi la metà è iscritta al 4° anno senz'altro ed un quinto lo è "sotto condizione"; un quinto ripete il terzo anno, un sesto è iscritto al 3° fuori corso. 1% ha abbandonato gli studi medici. La diminuzione del numero di studenti dal 1° al 4° anno è schematizzata nella figura 4

STUDENTI ENTRATI NEI CORSI DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA NEL 1988-89: PERCENTUALI DI ISCRITTI AGLI ANNI SUCCESSIVI

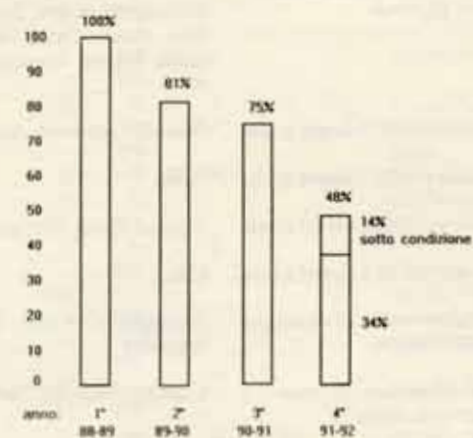


Fig. 4 - Studenti entrati nei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia nel 1988-89: percentuali di iscritti agli anni successivi.

I dati per questa analisi provengono, per quello che riguarda i primi due anni, da una precedente indagine⁶. Come si vede, la diminuzione degli iscritti è notevole dal 1° al 2° anno (19%), molto minore dal 2° al 3° e di nuovo elevata (22% o più) dal 3° al 4° anno. È da sottolineare però che gli studenti che non si sono iscritti al 4° anno non hanno abbandonato la facoltà, ma si ritrovano al 3° anno (figura 3). La situazione degli esami degli studenti che sono giunti al termine del 3° anno di corso è analizzata nelle figure 5, 6 e 7.



Fig. 5

Situazione degli esami

La figura 5 riporta la situazione generale degli esami raccolta dall'insieme delle sedi che l'hanno riferita (vedi tabella 2). Gli studenti in pari sono circa in quinto, quelli con debito da uno a quattro esami sono un terzo e quelli con un debito superiore sono quasi la metà.

La figura 6 esamina la distribuzione nelle varie sedi delle percentuali di studenti in pari con gli esami.

PERCENTUALI DI STUDENTI CHE ALLA FINE DEL 3° ANNO
ERANO IN PARI CON GLI ESAMI
(Media generale: 19%)

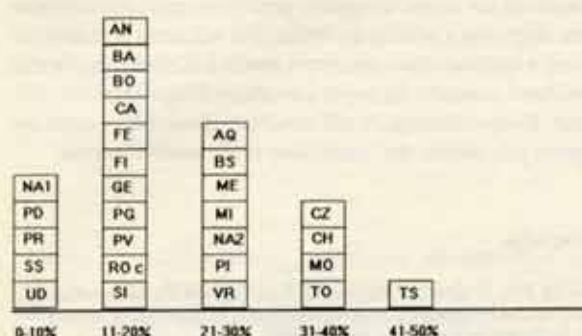


Fig. 6 - Percentuali di studenti che alla fine del 3° anno erano in pari con gli esami (Media generale: 19%).

Il numero più elevato è quello dei corsi di laurea con una percentuale di studenti in pari che va dal 10% al 20%; ma purtroppo non mancano corsi nei quali meno di 10% di studenti sono in pari alla fine del 3° anno.

Infine, per le dieci sedi che hanno fornito informazioni complete, la situazione degli esami è schematizzata nella figura 7.



Fig. 7

Appelli straordinari

Si osserva anche qui una notevole disomogeneità fra sedi diverse. Nei corsi di laurea sono state messe in atto misure eccezionali per aiutare a mettersi in pari gli studenti che ne hanno necessità, e che sono oltre l'80% del totale. Le disposizioni prese sono elencate nella tabella 5.

La maggioranza delle sedi ha concesso prolungamenti delle sessioni di recupero, in mesi da novembre ad aprile. Parte di questi appelli si concentra nei giorni intorno alle vacanze di Natale, per recare il minimo disturbo possibile allo svolgimento del I semestre di insegnamento. Oltre ad una dilatazione dei periodi di esami, una sede informa di avere programmato dei corsi di sostegno ed una di avere avviato una revisione critica dell'andamento del corso di laurea. Dalla discussione nella Conferenza, menzionata all'inizio, risulta che in varie altre sedi sia iniziata una revisione critica dell'andamento del corso di laurea, anche

se non è stata citata espressamente nelle risposte al questionario.

Discussione

- Un primo aspetto che l'inchiesta ha messo in luce è la difficoltà di procurarsi i dati che si riscontra in varie sedi. Questo è un dato comune anche ad alcune delle inchieste precedenti, svolte nel corso del monitoraggio delle varie fasi di attuazione del nuovo ordinamento degli studi. Sembra che queste difficoltà siano dovute in buona parte ad una mancanza dell'abitudine delle segreterie e dei centri meccanografici di rendere disponibili certe informazioni in formati adatti ed elaborate in maniera idonea. Peraltro la base dalla quale ogni corso di laurea può partire per migliorare i propri risultati è la disponibilità di informazioni corrette, analitiche e tempestive sul proprio andamento. Senza di queste si è sostanzialmente disarmati e si possono prendere orientamenti su base emotiva e non reale. Appare perciò importante che in ogni sede si faccia un piano per avere in tempo utile accesso ai dati essenziali ed alle loro principali elaborazioni.

- In questa fotografia del passaggio dei corsi dal primo al secondo triennio si nota subito che nella massima parte delle sedi è stato attuato uno sbarramento per l'iscrizione al 4° anno anche se tale sbarramento non è enunciato esplicitamente negli statuti delle Università, bensì è basato sull'interpretazione di un passo del DPR 95/1986 che descrive quali obiettivi deve avere raggiunto uno studente al termine del primo triennio. Fino a due mesi dopo l'inizio del presente anno accademico (cioè alla data di questa indagine) le delibere in tal senso non erano state fatte oggetto di contestazioni; segno che il provvedimento era sembrato logico. Né questo ha provocato effetti particolarmente negativi; infatti la percentuale degli abbandoni (figura 3) è solo dell'1%.

- A questo punto si può fare una valutazione globale della quota di studenti che ha abbandonato il corso di laurea entro l'inizio del 4° anno. Dalle figure 3 e 4 si vede che la

Tab. 5 - Aiuto agli studenti per mettersi in pari.

Tipo di aiuto	Sede
- Appelli straordinari:	
In novembre	Modena
In dicembre	Ancona, Firenze, Genova, Roma Catt.
In gennaio	Parma, Perugia, Roma Sap., Torino
In dicembre e gennaio	Cagliari, Verona
In dicembre e aprile	Padova, Pisa
In novembre, dicembre, gennaio	Siena
In periodi non identificati	Messina, Milano, Pavia, Sassari
Solo per certi esami	Chieti
- Revisione critica dell'andamento del corso di laurea	Milano
- Corsi di sostegno	Perugia

gran parte degli abbandoni è avvenuta dal 1° al 2° anno, mentre negli anni successivi si è molto ridotta. Una stima globale degli abbandoni fino all'inizio del 4° anno è del 26% di studenti. Sembra ragionevole prevedere che tale quota non aumenterà molto negli anni successivi e perciò sembra prevedibile che nell'arco dell'intero corso di laurea giunga non oltre il 30%. Se queste previsioni sono corrette, circa 70% degli studenti che si erano iscritti al 1° anno giungerà alla laurea. Questa è una percentuale doppia rispetto alla media nazionale dei laureati in Medicina e Chirurgia secondo il vecchio ordinamento, che era del 39%⁴.

- Dalla tabella 3 si vede che in alcune sedi non è stato posto alcuno sbarramento per l'iscrizione degli studenti al IV anno. Per gli studenti che hanno numerosi esami in arretrato questo determinerà un notevole disagio, poiché si troveranno a dovere frequentare obbligatoriamente dei corsi impegnativi mentre staranno studiando gli esami da recuperare. Una situazione analoga potrà determinarsi in quei corsi di laurea che hanno permesso di iscriversi al 4° anno a certi studenti sotto la condizione che entro la sessione di febbraio abbiano recuperato un numero elevato di esami arretrati. Per esempio, in alcune sedi può iscriversi al 4° anno "sotto condizione" qualunque studente, ma entro febbraio gli esami arretrati debbono essere esauriti: chi ha molti esami arretrati si troverà in notevole difficoltà nel primo semestre del 4° anno.

- Un ultimo commento riguarda la percentuale di studenti in pari con gli esami. La media generale del 19%, malgrado più elevata di quella che veniva raggiunta nel precedente

ordinamento, è comunque troppo bassa. A questa bassa media contribuiscono probabilmente più fattori: peso del piano di studi, docenti "killer", ed una inadeguata pianificazione delle ore dei corsi: infatti una parte delle ore/studente di un corso integrato potrebbe opportunamente essere dedicata a studio assistito. Per attuarlo si debbono mettere a disposizione strutture simili a biblioteche, in cui gli studenti possano fermarsi a studiare singolarmente o in gruppi. Il reperimento di tali strutture dovrebbe essere un progetto prioritario da realizzarsi nelle nostre facoltà.

Bibliografia

- ¹ Curtoni E.S., Vuolo A., Pagano G.F., Grignani F., Scandellari C.: Gli esami di ammissione al corso di laurea in Medicina attuati nel 1988. *Pedagogia Medica* 3, 53-56, 1989.
- ² Curtoni E.S.: Indagine sul primo anno di applicazione del nuovo ordinamento. *75012 Medicina e Chirurgia* 3, 99-102, 1990.
- ³ Curtoni E.S.: La riforma degli studi medici: esperienza dell'applicazione su piano nazionale. *Pedagogia Medica* 4, 73-77, 1990.
- ⁴ Frati L., Danieli G., Curtoni E.S., Fersini C., Mancino D.: Appunti per un regolamento. *75012 Medicina e Chirurgia* 4, 131-139, 1990.
- ⁵ Curtoni E.S., Mancino D., Danieli G.: Esami, frequenze ed altri problemi: soluzioni adottate dai Corsi di laurea. *75012 Medicina e Chirurgia* 4, 140-147, 1990.
- ⁶ Curtoni E.S.: Situazione degli esami del corso di laurea in Medicina e Chirurgia dopo il secondo anno di applicazione del nuovo ordinamento. *75012 Medicina e Chirurgia* 5, 161-166, 1991.
- ⁷ Danieli G., Curtoni E.S., Fersini C., Mancino D.: Il nuovo ordinamento al termine del primo triennio. *75012 Medicina e Chirurgia* 5, 169-173, 1991.
- ⁸ Gattullo M.: Comunicazione personale.

Modelli di orario didattico

Corradino Fuschelli e Carmelo Fersini

Con ausilio di un questionario, distribuito e compilato da circa i 2/3 dei Presidenti di C.c.l., abbiamo condotto un'inchiesta sulle modalità di svolgimento dell'attività didattica in generale e sui modelli di orario didattico in particolare.

Il risultato della ricerca, preliminare in quanto relativo ad un campione rappresentativo dei 2/3 delle sedi, è stato tuttavia sufficiente per una prima valutazione da parte dei Presidenti di C.c.l. durante il 27° incontro di Torino il 13 e 14 dicembre 1991. In questo articolo, in assenza di altri contributi in grado di modificarli, gli stessi risultati vengono presentati all'attenzione di tutti i Colleghi. Essi sono riportati in una serie di tabelle corredate da qualche commento.

Tab. 1 - Assegnazione (dedica) di aule

Per area disciplinare	5%
Per anno di corso	65%
Per corso integrato	10%
Secondo disponibilità	5%
Non assegnate	15%

È evidente la predisposizione per la dedica di un'aula per ogni anno eventualmente per ogni canale.

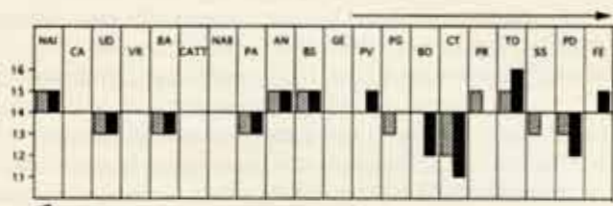
La non assegnazione potrebbe essere interpretabile come obbligata dalle disponibilità.

Tab. 2 - Modalità rilevamento presenze.

Appello nominale sempre	5%
Appello nominale at random	35%
Computerizzato (badge)	-
Promiscua	30%
Firme su foglio	30%

Si conferma la eterogeneità di comportamento nelle diverse Sedi.

Tab. 3 - Calendario.



Ricerca eseguita con il finanziamento Murst 40% "Metodi per la formazione del Medico e dello specialista", anno 1991.

È da notare che, in media, la durata, in settimane, dei due semestri è solo apparentemente equivalente: questo è vero per le sedi di Napoli I, Cagliari, Udine, Verona, Bari, Roma Cattolica, Napoli II, Palermo, Ancona, Brescia, Genova; ma non per le sedi di Ferrara, Padova, Sassari, Torino, Parma, Catania, Bologna, Perugia, Pavia; le differenze sono, comunque, contenute in genere in una settimana, fatta eccezione per Bologna con una differenza di due settimane tra primo e secondo semestre.

Comportamento limite che si allontana dalla media è costituito da Torino, in eccesso e da Catania, in difetto.

Tab. 4 - Distribuzione dei corsi.

	Semestri	Settimane
A. Alternanza corsi non compattati	50%	75%
B. Successione corsi singoli compattati	15%	15%
C. Indifferentemente A e B	25%	-
D. Contemporaneità dei corsi	10%	5%
E. Mancata risposta	-	5%

Salvo pochi casi nei quali è possibile la contemporaneità dei corsi, la preferenza va alla alternanza di più corsi non compattati. Questo sia nell'organizzazione del semestre che in quella della settimana, ma soprattutto in quest'ultima.

Poche, invece, le sedi che adottano la successione di corsi singoli compattati e appena più numerose di quest'ultime le sedi che utilizzano indifferentemente successione o alternanza di corsi compattati.

Tab. 5 - Utilizzazione del sabato.

SI	15%
NO	70%
Mancata risposta	15%

Solo poche sedi, tre tra quelle rispondenti, utilizzano il sabato per l'attività didattica.

Tab. 6 - Distribuzione nella giornata delle attività didattiche.

	I	II	III	IV	V
Formale					
mattino	97,3%	97,4%	98,1%	62,7%	-
pomeriggio	2,7%	2,6%	1,9%	37,3%	100%
Teorico-Pratica					
mattino	9,4%	8,2%	6,4%	57,7%	100%
pomeriggio	90,6%	91,8%	93,6%	42,3%	-

Per quanto riguarda il primo triennio è pressoché unanime, la preferenza per una collocazione mattutina della didattica formale e pomeridiana per quella teorico-pratica.

Nel secondo triennio, invece, la didattica formale tende a spostarsi nel pomeriggio in misura di poco inferiore al 40%, mentre quella teorico-pratica prende il suo posto al mattino nella misura di circa il 60%.

Ad Udine, nel primo triennio, 90% della didattica formale si svolge al mattino e il 10% della teorico-pratica al pomeriggio; nel secondo triennio è esattamente l'opposto. Tutta la didattica pratica al mattino, tutta la formale al pomeriggio.

Tab. 7 - Caratterizzazione della didattica teorico-pratica.

	I	II	III	IV	V
Seminariale	11,5	14,0	21,0	12,0	(15)
Esercitativa	68,0	73,0	66,0	53,3	55
Mista eserc. + semin.	50,0	46,5	45,0	66,0	-
Tutoriale	18,0	33,5	22,0	33,0	-
Computer-assistita	32,0	-	(15,5)	(2,0)	-
Autoapprendimento	31,5	34,0	29,5	23,0	-

È evidente la preferenza per la forma esercitativa, forse perché rappresenta una certa continuità con le abitudini e l'organizzazione del precedente ordinamento.

Un certo numero di sedi adotta anche il modello seminariale, in qualche caso alternandolo a quello esercitativo tradizionale.

Per la didattica tutoriale e per quella computer-assistita le percentuali riportate non sono indicative per le poche risposte precise e per la presenza di situazioni peculiari (vedi ad esempio: Roma Cattolica e Napoli II).

Le problematiche dell'autoapprendimento meritano una più approfondita e forse diversa analisi: i dati riportati possono tuttavia ritenersi indicativi della quota percentuale ad esso riservata e della tendenza alla sua riduzione evidente a partire dal quarto anno.

Tab. 8 - Modalità dello studio individuale.

	SI	NO	Non risposto
Libero sempre	70%	20%	10%
Guidato dai docenti	20%	per tempo medio = 21%	
Compreso nel monte-ore	40%	per valore medio = 10% (range valore = 5-30%)	

Solo apparentemente il 20% delle sedi lascia libero l'autoapprendimento, in realtà facendolo rientrare in quello guidato dai docenti; quest'ultimo tuttavia si esercita in media solo per il 21% del totale concesso e questo potrebbe ritenersi congruo se la media suddetta non si riferisse ad un range troppo divaricato.

Difficile l'interpretazione delle risposte relative al riconoscimento nel monte ore che potrebbe esser congruo nel suo valore medio del 10% ma che richiederebbe una maggiore uniformità di range.

Gli studenti giudicano la loro Facoltà

Camillo Rossi, Rosalia Genova,
Cristina Bonetti, Emilio Sergio Curtoni

- Dottorato di Ricerca in "Metodologie della formazione del personale medico ed infermieristico".
- Cattedra di Pediatria Preventiva e Sociale, Università di Modena.
- International Federation of Medical Students' Associations.
- Presidenza del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia, Università di Torino.

Nel corso del 3° anno di applicazione della nuova tabella XVIII è stata svolta un'inchiesta fra gli studenti iscritti ai primi tre anni del corso di laurea in Medicina e Chirurgia, su vari aspetti dell'attività didattica. Essa è stata condotta nell'ambito del dottorato di ricerca in "Metodologie della formazione del personale medico ed infermieristico", con anche l'aiuto di alcuni presidenti di corsi di laurea in Medicina e Chirurgia. Di questa inchiesta, che è vasta e articolata, vengono esposti in questa sede alcuni risultati su argomenti che non necessariamente sono specifici del nuovo ordinamento, ma che riguardano alcune attività di base di ogni docente quali ad esempio la lezione accademica, i programmi dei corsi, i sussidi didattici.

Materiali e metodi

È stato messo a punto un questionario da somministrare agli studenti. Esso è stato basato anche sull'esperienza internazionale in questo tipo di indagini, prendendo in considerazione diversi modelli già utilizzati in altre nazioni. Il questionario constava di 41 domande; alcune di queste richiedevano risposte comuni a più corsi, altre richiedevano una risposta diversa per ciascun corso integrato a cui ci si riferisse.

Il questionario è stato somministrato, con l'aiuto di studenti del Sism (un'associazione per lo scambio di studenti di Medicina di Stati diversi), ad un campione di studenti dei primi tre anni del corso di laurea in Medicina e Chirurgia, appartenenti a dodici sedi: Bari, Catanzaro, Chieti, Bologna, Genova, Messina, Milano, Modena, Pavia, Padova, Roma Cattolica, Torino. In totale sono state ricevute risposte da parte di 3076 studenti, così suddivisi: 1290 studenti del 1° anno, 935 del 2° anno e 851 del 3° anno.

Il questionario è stato inviato al termine del primo semestre. Le domande vertevano sui corsi del semestre appena frequentato, allo scopo di raccogliere giudizi su esperienze recenti e non modificati a causa del tempo trascorso. Perciò i risultati non riguardano tutti i corsi bensì solo quelli che in ciascuna sede si tengono nel primo semestre.

Le risposte raccolte sono state sottoposte ad elaborazione con l'aiuto di programmi computerizzati. L'elaborazione completa è ancora in atto e verrà pubblicata più estesamen-

te. In questa sede ci si limita ad esporre alcuni risultati di più immediata comprensione.

Risultati e discussione

Laddove erano poste domande sui singoli corsi integrati, le risposte in genere non variavano significativamente per i diversi corsi (tranne che per qualche eccezione). Perciò sono state cumulate le risposte relative ai singoli corsi. Quando il numero di risposte è più alto di quello degli studenti interpellati, significa appunto che sono stati sommati i dati relativi a corsi integrati diversi.

Non tutte le domande avevano una risposta da parte di tutti gli studenti. Peraltro le percentuali indicate in qualche figura sono state calcolate sul numero delle risposte ottenute. Di solito il numero di mancate risposte era molto basso; i casi in cui il numero di mancate risposte era alto vengono rilevati espressamente (figure 12 e 13).

Allo scopo di poterli discutere, i risultati vengono qui raggruppati per argomenti.

Lezioni

La valutazione delle lezioni viene esposta nelle figure 1-7. La figura 1 mostra l'interesse che per lo studente avevano le lezioni. Mentre la maggioranza è giudicata interessante, una porzione non trascurabile ha suscitato scarso interesse. Probabilmente è opportuno che i relativi docenti cerchino maggiormente di mostrare agli studenti i lati interessanti degli argomenti trattati. La figura 2 riguarda la chiarezza delle lezioni, che è in maggioranza soddisfacente ma limitata in una percentuale significativa dei casi. Analogamente viene giudicata la capacità del docente di sintetizzare i concetti fondamentali (figura 3), buona nella maggioranza ma scarsa in una minoranza consistente. La figura 4 riguarda il materiale didattico usato a lezione (diapositive, lucidi, modelli o altro): chiaro in poco più della metà dei casi ma confuso o incomprensibile nel rimanente.

In una minoranza di casi il docente stimola gli studenti a partecipare attivamente alla lezione (figura 5); questo si può realizzare presentando problemi, ponendo interrogativi, suscitando domande e discussioni. La maggior parte dei docenti attua questi stimoli solo ogni tanto, mentre alcuni (ancora troppi?) non se ne fanno carico. Fortunatamente la maggior parte dei docenti verifica, al termine della lezione, che quanto ha illustrato sia stato compreso (figura 7); non tutti, però.

Ricerca eseguita con il finanziamento Murst 40% "Metodi per la formazione del Medico e dello specialista", anno 1991.

Infine è stato chiesto se le lezioni seguite rispecchiassero il programma d'esame. In oltre metà dei casi il programma d'esame veniva rispecchiato solo in parte dalle lezioni. Curiosamente esiste anche una frazione (molto piccola) di lezioni totalmente al di fuori rispetto al programma dell'esame.

Rapporti fra i corsi del primo triennio e quelli del secondo triennio
In primo luogo è stato chiesto se a parere dello studente il corso seguito trattava argomenti importanti per la medicina clinica (quindi per i corsi del secondo triennio). Le risposte sono riportate nella figura 8, suddivise per anni di corso. Si vede che gli argomenti dei corsi del 2° e del 3° anno sono giudicati per la massima parte molto o abbastanza importanti per la clinica.

Il parere è diverso per i corsi del 1° anno. In effetti però si tratta di uno dei pochi casi nei quali le risposte differiscono significativamente per i diversi corsi integrati. Quelli meno considerati sono i corsi di Statistica, la cui rilevanza agli effetti della medicina clinica è considerata scarsa o nessuna da quasi metà degli studenti. Seguono i corsi di Fisica, considerati di scarsa o nessuna rilevanza da circa un terzo degli studenti.

Evidentemente questa impressione degli studenti non corrisponde alla realtà: ognuna sa quanto siano necessarie la Statistica e la Fisica in vari corsi del triennio clinico. Non è peraltro possibile che il risultato sia dovuto al caso isolato di un docente in scarsa sintonia con le necessità di un corso di laurea in Medicina e Chirurgia; infatti le difficoltà dovute ad un solo docente verrebbero ad essere praticamente annullate in un'inchiesta che coinvolge dodici corsi di laurea. Sembra piuttosto opportuno suggerire ai docenti di questi corsi integrati di ritrovarsi in campo nazionale e di instaurare una collaborazione più stretta con i docenti del triennio clinico e con gli studenti di tutti gli anni di corso (anche quelli del 1°) valutano molto opportuno un collegamento con la medicina clinica. Nella figura 10 si vede che questi collegamenti vengono attuati nella maggior parte dei corsi, sovente o saltuariamente.

Sussidi didattici e didattica applicata

Quali sussidi didattici siano stati usati almeno una volta, nel corso delle lezioni o nell'insegnamento teorico-pratico, è illustrato nella figura 11. Si vede che le risposte di gran lunga più numerose riguardano i proiettori di diapositive o di lucidi. Molto inferiore è l'uso, anche saltuario, di altri strumenti. C'è da chiedersi se, almeno per certi corsi integrati, veramente non siano necessari oppure non siano disponibili in qualche sede oppure ancora i docenti siano noncuranti del loro uso.

La figura 12 illustra quali risorse didattiche siano utilizzate ed in che misura. Per risorse didattiche si intendono qui non strumenti ma strutture diversificate utilizzate per svolgere attività di insegnamento/ apprendimento. Si nota che il numero di mancate risposte è molto elevato: si può supporre che riguardi i casi nei quali la sola struttura che lo studente ha conosciuto sia l'aula delle lezioni.

Quanta attività viene svolta sotto forma di seminari o di laboratori? La maggioranza relativa è quella delle risposte in bianco. Seguono in scala discendente le risposte da "meno del 5%" in su. Forse molti corsi svolgono didattica teorico-pratica con modalità diverse da quelle delle discus-

sioni seminariali o dei laboratori. O forse in molti corsi la percentuale di tempo dedicato alla didattica applicata è sostanzialmente inferiore a quella prevista dal nuovo ordinamento. Il parere degli studenti, comunque, è che nella maggior parte dei corsi l'attività didattica applicata sia insufficiente (figura 14).

I programmi dei corsi

Per la maggior parte dei corsi è agevole ottenere il programma del corso, e perciò del relativo esame. Ma in molti casi questo non si verifica (figura 15). In meno di metà dei corsi il programma d'esame è già disponibile all'inizio del corso (figura 16); in non pochi casi viene messo a disposizione poco prima dell'appello d'esame.

Il programma sembra più utile in circa metà dei corsi, quelli nei quali viene esposto in modo specifico oppure sotto forma di obiettivi di apprendimento. Probabilmente sono meno utili i programmi esposti in modo generico o sotto forma di titoli dei capitoli di un libro (figura 17).

Ancora, circa metà dei programmi non presenta sovrapposizioni con quelli di altri corsi; in un'altra esistono sovrapposizioni, saltuarie o frequenti. Un migliore coordinamento fra i diversi corsi del medesimo corso di laurea potrebbe contribuire a risolvere qualcuno di questi problemi.

Esami di profitto

La figura 19 mostra in quali proporzioni vengano adottate diverse modalità di esame. La più usata è quella di un colloquio con i singoli docenti del corso integrato. Con frequenza di poco inferiore sono usate domande a scelta multipla, prevalentemente accompagnate da un colloquio orale. Sarebbe interessante che i docenti discutessero, dopo questa esperienza di alcuni anni, i vantaggi e svantaggi dei tipi di esame utilizzati e si scambiassero le esperienze in proposito.

Infine la figura 20 mostra in che misura gli esami comprendano anche la verifica di quanto appreso durante le esercitazioni. In circa 20% dei casi non la comprendono mai. Naturalmente questo si riflette sull'interesse con il quale gli studenti partecipano alle attività applicative o cercano di trarne profitto.

Conclusioni

Quanto esposto nel presente rapporto ci sembra coerente con lo sforzo di attuare un "ossevatorio permanente" dell'andamento dei corsi di laurea, obiettivo perseguito costantemente dalla Conferenza dei Presidenti dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia¹⁴. Questa volta l'osservazione è stata svolta con un angolo visuale diverso: quello degli studenti. Si è quindi cercato di utilizzare quella che in molte facoltà mediche del mondo viene considerata una delle più potenti risorse a disposizione di una facoltà, ma spesso utilizzata meno di quello che potrebbe rendere: gli studenti, appunto.

L'indagine circa le lezioni si è svolta non su una nuova modalità didattica, bensì su quella che ogni docente ha sempre largamente usato. Ne è risultato un quadro per la maggioranza soddisfacente; ma non possiamo trascurare una minoranza non piccola di prestazioni insoddisfacenti, che ci si deve sforzare di migliorare.

I rapporti con la medicina clinica vengono considerati importanti dai nostri studenti, e possibili per i corsi del

triennio. Anche qui sembra indispensabile che fra i docenti dei due trienni si instaurino rapporti efficaci, affinché il primo triennio serva come vera preparazione ai corsi successivi.

La maggioranza dei corsi di laurea sta facendo uno sforzo per dotare i corsi dei necessari sussidi didattici e delle necessarie strutture. Sembra che per il momento questo sforzo non abbia ancora dato frutti sufficienti; o forse che le possibilità non vengano utilizzate appieno dai docenti.

L'invito degli studenti a programmare una maggior quota di didattica applicativa è esplicito. Per i docenti è un dovere rispondere adeguatamente.

Le informazioni ottenute da questa inchiesta suggeriscono che una parte delle attività di "osservatorio permanente" sui corsi di laurea possa in futuro essere proficuamente svolta col mantenere un contatto diretto con gli studenti di Medicina, per averne un utile aiuto.

Si ringraziano i Professori Guido Coggi (Coordinatore del Dottorato di Ricerca in Metodologie della Formazione del Personale Medico ed Infermieristico dell'Università di

Milano), e il Prof. Federico Manenti (Presidente del Consiglio di Corso di Laurea in Medicina dell'Università di Modena) per il loro prezioso aiuto nella preparazione e nell'esecuzione dell'inchiesta.

Bibliografia

¹ Curtoni E.S., Vuolo A., Pagano G.F., Grignani F., Scandellari C.: Gli esami di ammissione al corso di laurea in Medicina attuati nel 1988. *Pedagogia Medica* 3, 53-56, 1989.

² Curtoni E.S.: Indagine sul primo anno di applicazione del nuovo ordinamento. *75012 Medicina e Chirurgia 0-III*, 99-102, 1990.

³ Curtoni E.S.: La riforma degli studi medici: esperienza dell'applicazione su piano nazionale. *Pedagogia Medica*, 4, 73-77, 1990.

⁴ Curtoni E.S., Mancino D., Danieli G.: Esami, frequenze ed altri problemi: soluzioni adottate dai Corsi di laurea. *75012 Medicina e Chirurgia 0-IV*, 140-147, 1990.

⁵ Curtoni E.S.: Situazione degli esami del corso di laurea in Medicina e Chirurgia dopo il secondo anno di applicazione del nuovo ordinamento. *75012 Medicina e Chirurgia 0-V*, 161-166, 1991.

⁶ Danieli G., Curtoni E.S., Fersini C., Mancino D.: Il nuovo ordinamento al termine del primo triennio. *75012 Medicina e Chirurgia 0-V*, 169-173, 1991.

Proposta di uno schema tipo per la relazione triennale sull'applicazione del D.P.R. 95/86

Amos Casti

La relazione triennale non è solo un obbligo di legge (ex D.P.R. 28-2-86 n. 95, 1. Programmazione annuale, piani di studio e ripartizione semestrale dei corsi integrati), ma rappresenta anche un osservatorio permanente per comunicare alle competenti Autorità le eventuali difficoltà incontrate nell'applicazione della tabella XVIII, concernente l'ordinamento didattico del corso di studi per il conseguimento della laurea in Medicina e Chirurgia.

La Conferenza permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia nei suoi frequenti e costanti incontri annuali ha lungamente dibattuto e sta ancora attentamente valutando gli effetti dell'applicazione del D.P.R. 95/86. Ciò ha permesso non solo di conoscere approfonditamente i problemi sollevati dall'applicazione di tale normativa, ma anche di prevedere alcune conseguenze e di introdurre già dei correttivi in itinere, come quelli che hanno permesso la promulgazione del D.P.R. 24 maggio 1989. Tali iniziative non sono ancora del tutto sufficienti perché le problematiche sorte appaiono a volte nuove e imprevedibili e a volte incerte nelle loro conseguenze, a causa del limitato tempo di applicazione e quindi della ridotta esperienza.

D'altra parte è evidente che la relazione triennale non deve essere un semplice elenco di difficoltà, una sorta di "cahier des doléances", ma deve cogliere gli elementi positivi, che devono essere noti a tutti gli addetti ai lavori, come pure alle competenti Autorità, e soprattutto deve essere propositiva per quelle parti di competenza del legislatore che si mostrino insufficienti e inadeguate alla luce delle esperienze maturate e della normativa successivamente intervenuta (Legge 19 novembre 1990, n. 341, "Riforma degli ordinamenti didattici universitari". D.P.R. 28 ottobre 1991, "Approvazione del piano di sviluppo delle Università per il triennio 1991-1993).

Pertanto, un possibile schema tipo comune a tutti i Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia potrebbe contenere almeno cinque punti (Tabella 1): rilevazione dati, vantaggi e difficoltà nell'applicazione del nuovo ordinamento didattico, considerazioni critiche, proposte e conclusioni.

La "rilevazione dati" (Tabella 2) (Curtoni 1991) dovrebbe fornire una fotografia completa di iscrizioni, frequenze, abbandoni del Corso di Laurea, esami superati e quant'altro risulti utile per avere un quadro esauriente nell'ottica costi/benefici e nell'attuazione degli obiettivi previsti per la formazione del medico.

Il punto "Vantaggi e difficoltà nell'applicazione del nuovo ordinamento didattico" (Tabella 3) rappresenta il lavoro svolto dalla Conferenza e pubblicato sui Quaderni, e dovrebbe essere noto e discusso da tutti i docenti e studenti del Corso di Laurea al fine di prendere coscienza della portata del problema e quindi di intervenire opportunamente per risolvere non solo i problemi strutturali (numero di esami, orari, certificazioni della presenza, ecc.) ma anche quelli di carattere culturale.

Le "considerazioni critiche" (Tabella 4) potrebbero variare nei Corsi di Laurea delle diverse sedi in funzione del grado di applicazione ed accettazione da parte dei docenti del nuovo ordinamento didattico. In tutti i casi, dovrebbero certamente fornire una valutazione sul livello di preparazione acquisita da parte degli studenti (operazione complessa e difficile anche per carenza di parametri oggettivi) e sulle nuove metodologie didattiche di insegnamento-apprendimento utilizzate, con diverse iniziative, da parte del corpo docente. In aggiunta, dovrà essere considerata criticamente l'incidenza della disponibilità di strutture didattiche e di personale docente nel percorso culturale dello studente, nell'ambito di una didattica così coinvolgente e mirata principalmente all'apprendimento da parte dello studente. Dovrà, infine, essere attentamente valutato l'effetto della preparazione culturale di base degli studenti, che si iscrivono al primo anno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, che può rappresentare in un certo grado uno dei motivi degli abbandoni o della percentuale modesta di studenti in pari con gli esami sostenuti al termine del primo anno. Ciò, infatti, può condizionare pesantemente il successo o l'insuccesso degli studenti nel conseguire un adeguato e sufficiente processo formativo negli anni di corso successivi.

Le "Proposte" (Tabella 5), che potrebbero essere comuni e/o avanzate dalle singole sedi, si limitano per questo primo triennio di applicazione della Tabella XVIII a ridurre le conseguenze della preparazione alquanto carente degli studenti provenienti dalla Scuola Media Superiore e della legge 11 dicembre 1969, n. 910 (Signorini et al. 1989) e soprattutto a fornire agli studenti una preparazione di base uniforme ed adeguata ad affrontare gli studi di medicina ed anche a fornire allo studente l'opportunità di un orientamento alla scelta della facoltà dopo un anno di studi universitari. In tal modo sarebbe possibile selezionare gli accessi a diverse facoltà "biologiche", in base al merito, avendo anche la possibilità di valutare le motivazioni della scelta (Coggi et al. 1991).

Le "conclusioni" (Tabella 6) dovrebbero rappresentare un documento politico della Conferenza permanente dei Pre-

Ricerca eseguita con il finanziamento Murst 40% "Metodi per la formazione del Medico e dello specialista", anno 1991.

sidenti di Consiglio di Corso di Laurea in cui, pur prendendo atto delle difficoltà iniziali nell'applicazione della Tabella XVIII, si ribadisce la bontà della scelta adottata dal legislatore con il D.P.R. 95/86. La nuova Tabella XVIII infatti rappresenta un modello didattico-formativo sostanzialmente in linea con le indicazioni del documento della Conferenza della World Federation for Medical Education (Carinci 1988). Essa rappresenta un quadro di riferimento in cui il raggiungimento degli obiettivi che si propone, e pertanto la sua validità come mezzo per raggiungere un'effettiva riforma degli studi medici, dipendono dalle concrete modalità di applicazione della normativa e dagli opportuni correttivi che l'esperienza e la nostra attenzione potranno suggerire.

Decreto del Presidente della Repubblica 28 febbraio 1986, n. 95

l) Programmazione annuale, piani di studio e ripartizione semestrale di corsi integrati.

"Programmazione annuale, piani di studio"

Omissis

I Consigli di Corsi di Laurea e quelli di Facoltà, per le rispettive competenze, debbono tener conto, nella programmazione delle attività didattiche, della necessità di raccordare la formazione del laureato in medicina alle esigenze del Servizio Sanitario Nazionale, secondo indirizzi formulati d'intesa tra il Ministro della Pubblica Istruzione e il Ministro della Sanità.

I predetti consigli sono tenuti a valutare criticamente con frequenza triennale in un'apposita relazione i risultati ottenuti nell'applicazione degli anzidetti indirizzi.

Tabella 1 Schema tipo

1. Rilevazione dati

- 1.1 Rapporto docenti/studenti
- 1.2 Iscrizioni e abbandoni del corso di laurea
- 1.3 Svolgimento degli esami
- 1.4 Programma d'esame
- 1.5 Esami superati

2. Vantaggi e difficoltà nell'applicazione del nuovo ordinamento didattico.

- 2.1 Fattori di successo
- 2.2 Fattori di insuccesso

3. Considerazioni critiche

4. Proposte

- 4.1 Proposte comuni

Vorrei infine ringraziare i colleghi indicati in bibliografia per il lavoro svolto precedentemente, in quanto hanno offerto spunti essenziali per la presentazione di questa proposta di Schema Tipo.

Bibliografia

1. Signorini, L.F., Fersini C., Fruschelli C., Grignani F., Novarini A., 75012 Med. Chir. 0, 23-28, 1989.
2. Curtoni E.S., 75012 Med. Chir. 0, 99-102, 1990.
3. Curtoni E.S. 75012 Med. Chir. 0, 161-166, 1991.
4. Coggi G., Zannini L., Di Nuovo F., Felloni A., Morabito A., *Pedagogia Medica* 5, 153-159, 1991.
5. Carinci P., *Pedagogia Medica* 2, 202-203, 1988.

4.2 Proposte delle singole sedi

5. Conclusioni

Tabella 2

1. Rilevazioni dati

1.1 "Rapporto docenti/studenti"

1.1.1 Rapporto docenti/studenti nel primo triennio.

1.2 "Iscrizioni e abbandoni del corso di laurea"

1.2.1 Iscrizioni al primo anno, nel primo triennio di applicazione del novo ordinamento didattico.

1.2.2 Andamento delle iscrizioni di una popolazione studentesca nei tre anni (valutazione delle perdite). Modificazioni per:

- a) abbandoni;
- b) ripetizione dell'anno per non ottenuta firma di frequenza;
- c) non superamento dello sbarramento annuale (dove esiste);
- d) trasferimenti.

1.2.3 Numero di studenti che abbandonano al primo, secondo e terzo anno (valutazione intergruppi).

1.2.4 Abbandono per popolazioni studentesche: (valutazione intragruppi).

1.2.5 Caratteristiche strutturali e culturali dello sbarramento al terzo anno di corso.

1.2.6 Numero di studenti iscritti al quarto anno (effetto dello sbarramento).

1.3 "Svolgimento degli esami"

- 1.3.1 Esame tradizionale, prove scritte, prove miste, ecc.
- 1.3.2 Verifiche in itinere certificative.

1.4 "Programma d'esame"

1.4.1 Programma tradizionale, formulato sulla base dei programmi delle singole discipline del corso integrato.

1.4.2 Programmi nazionali di riferimento. Accettazione: a)

totale; b) parziale; c) nulla.

1.5 "Esami superati"

- 1.5.1 Esami superati al termine di ciascun semestre.
- 1.5.2 Esami superati in sessione di recupero diverse da quelle previste dal D.P.R. 95/86.
- 1.5.3 Esami superati entro l'anno accademico.
- 1.5.4 Debito di esami (0, 1, 2, >2).
- 1.5.5 Esami maggiormente in arretrato.

Tabella 3

2. Vantaggi e difficoltà nell'applicazione del nuovo ordinamento didattico

(Fornire una valutazione mediante punteggio compreso fra 1 e 5)

2.1 "Fattori di successo"

2.1.1 Relativi all'andamento dei corsi

- 2.1.1.1 Numero di studenti non eccessivo ().
- 2.1.1.2 Miglior rapporto fra docenti e studenti ().
- 2.1.1.3 Maggior coinvolgimento degli studenti nella didattica ().
- 2.1.1.4 Impegno degli studenti ().
- 2.1.1.5 Insegnamento tutoriale ().
- 2.1.1.6 Lavoro degli studenti per piccoli gruppi ().
- 2.1.1.7 Compattazione dei corsi ().
- 2.1.1.8 Obbligo della frequenza ().
- 2.1.1.9 Impegno dei docenti nella didattica.
- 2.1.1.10 Programmi di insegnamento-apprendimento più adeguati ().
- 2.1.1.11 Programmi concordati nei diversi canali di uno stesso corso ().
- 2.1.1.12 Coordinamento fra docenti di tutti i corsi ().
- 2.1.1.13 Disponibilità di spazi didattici idonei ().

2.1.2 Relativi agli esami

- 2.1.2.1 Introduzione delle prove in itinere, valide per il voto finale ().
- 2.1.2.2 Frequenti questionari di autovalutazione ().
- 2.1.2.3 Programmazione concordata delle date degli esami ().
- 2.1.2.4 Esami alla fine del semestre del corso ().
- 2.1.2.5 Commissioni di esami con docenti di diversi canali ().

2.2 "Fattori di insuccesso"

2.2.1 Relativi all'andamento dei corsi

- 2.2.1.1 Mancato accordo su programmi e metodi fra docenti di un corso ().
- 2.2.1.2 Inesperienza dei docenti verso queste nuove richieste ().
- 2.2.1.3 Alcuni docenti non accettano nuovi metodi didattici ().
- 2.2.1.4 Scarsa conoscenza del nuovo ordinamento da parte di docenti e studenti ().
- 2.2.1.5 Troppe lezioni ex-cattedra ().
- 2.2.1.6 Programmi d'insegnamento troppo vasti ().
- 2.2.1.7 Mancata finalizzazione dei contenuti dei corsi ad una utilizzazine in pratica medica ().

2.2.1.8 Orario troppo pesante, con poco tempo per lo studio individuale ().

2.2.1.9 Ritmo di lavoro troppo intenso.

2.2.1.10 Carenza di strutture ().

2.2.1.11 Carenza di attrezzature per esercitazioni ().

2.2.1.12 Carenza di tutori ().

2.2.1.13 Carenza di docenti del primo anno ().

2.2.1.14 Notevole disomogeneità di preparazione fra studenti ().

2.2.1.15 Difficoltà di controllo omogeneo della frequenza ().

2.2.2 Relativi agli esami

2.2.2.1 Accorpamento di esami diversi ().

2.2.2.2 Esami troppo tradizionali ().

2.2.2.3 Mancata discussione delle prove scritte degli studenti ().

2.2.2.4 Mancanza di autovalutazione in itinere ().

2.2.2.5 Poche possibilità di ripetere un esame fallito ().

2.2.3 Relativi alla normativa

2.2.3.1 Rigidità dell'organizzazione tabellare ().

2.2.3.2 Scarsa flessibilità per modulare il piano degli studi ().

2.2.3.3 Ridotti spazi per il recupero culturale ().

2.2.3.4 Nessuna possibilità di rispettare i tempi individuali di apprendimento ().

2.2.4 Generali

2.2.4.1 Incapacità di alcuni studenti a svolgere un lavoro intenso ().

2.2.4.2 Mancanza di programmazione unitaria dei contenuti ().

2.2.4.3 Scollamento fra il primo e secondo triennio ().

Tabella 4

3. Considerazioni critiche

3.1 Valutazione sul livello di preparazione degli studenti dopo l'applicazione del nuovo ordinamento didattico.

3.2 Giudizio sulle metodologie didattiche e sull'insegnamento impartito.

3.3 Incidenza delle strutture didattiche (aule, biblioteche, laboratori esercitazioni, sistemi audiovisivi e informatici) nel percorso culturale dello studente.

3.4 Livello culturale degli studenti (preparazione di base, voto di maturità) che si iscrivono al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, e valutazione dei criteri di selezione.

Tabella 5

4. Proposte

4.1 "Proposte comuni"

4.1.1 Previsione di un primo semestre di tipo esclusivamente propedeutico, o di un breve periodo propedeutico prima dell'inizio del primo semestre.

4.1.2 Recupero dell'antica differenziazione del valore dei vari titoli di studio per l'accesso al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

4.1.3 Trasformazione della prova di ammissione dal valore di semplice formulazione di graduatoria a quello di prova selettiva per la valutazione dell'idoneità.

4.1.4 Sbarramento al termine del primo anno, nel caso che la prova di ammissione abbia il valore di formulazione di graduatoria.

4.1.5 Primo anno comune a tutte le facoltà "biologiche" (Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi Dentaria, Medicina Veterinaria, Scienze Biologiche, Farmacia, Agraria, ecc.) e al termine possibilità di scelta, in base al merito, per l'iscrizione alla Facoltà.

4.2 "Proposte delle singole sedi"

Tabella 6

5. Conclusioni

- Documento politico della conferenza permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

- La tabella XVIII è un modello didattico-formativo in linea con le indicazioni della World Federation for Medical Education.

Sei anni di attività della Conferenza

Giovanni Danieli

L' 11 Ottobre 1985 si costituiva ufficialmente a Portonovo di Ancona il Collegio dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, che due anni dopo modificava la propria denominazione in quella di Conferenza Permanente.

Alla prima riunione erano presenti i Presidenti: G. Danieli (Ancona), C. M. Caldarera (Bologna), G. Ragnotti (Brescia), A. Balestrieri (Chieti), A. Migliore (Ferrara), L. F. Signorini (Firenze), S. Pontremoli (Genova), P. Campa (L'Aquila), S. Navarra (Messina), L. Allegra (Milano), B. Bonati (Modena), C. Giordano (Napoli I), F. Finaldi (Napoli II), A. Salerno (Palermo), A. Novarini (Parma), G. Bo (Pavia), E. Rinonapoli (Perugia), L. Frati (Roma La Cattolica), E. Miele (Sassari), C. Fruschelli (Siena), S. Curtioni (Torino), M. Marigo (Verona).

Non parteciparono al primo incontro né ai successivi E. Ferrari (Bari), V. Bocchini (Catanzaro), A. Peracchia (Padova), C. Pellegrino (Pisa), L. Baldin (Trieste).

Nella riunione vennero eletti Presidente del Collegio Claudio Marchello Caldarera, Vice Presidente Luigi Frati e Segretario Giovanni Danieli.

Alla scadenza del mandato, il 22.11.87, Luigi Frati veniva eletto Presidente e Giovanni Danieli confermato Segretario, cariche rinnovate per entrambi, dopo un triennio (Novembre 1990).

Otto dei trentuno Presidenti di allora sono tuttora in carica: C. M. Caldarera (Bologna), I. Panella (Catania), L. F. Signorini (Firenze), S. Navarra (Messina), F. Rinaldi (Napoli II), L. Frati (Roma La Sapienza), C. Fruschelli (Siena), S. Curtioni (Torino).

Nelle altre sedi si sono invece succedute le seguenti Presidenze:

Ancona (S. Cinti dal 9.3.91), Bari (G. De Benedictis dal 12.4.86; V. Mitolo dall'8.6.91), Brescia (L. Loiacono dal 15.1.89 e G. Nardi dall'1.2.90); Cagliari (A. Cherchi dal 15.11.86); Catanzaro (S. Venuta dal 4.4.87); Chieti (D. Gambi dal 22.11.87); Ferrara (C. Fersini dal 4.4.87; G. Rausa dall'8.6.91); Genova (W. Loeb dal 15.12.90); L'Aquila (E. Ziparo dal 15.11.88; M. Toscano dal 18.11.1988); Milano (A. Pagano dal 9.3.91); Modena (F. Manenti dal 9.1.87); Napoli I (D. Mancino dal 2.3.88; C. Balestrieri dal 9.3.91); Padova (C. Scandellari dal 12.4.86); Palermo (P. Livoti dal 22.11.87; G. Bompiani dal 13.12.91); Parma (A. Casti dall'1.2.90); Pavia (L. Tiepolo dall'1.2.90); Perugia (F. Grignani dal 15.11.86; A. Ventura dall'1.2.90); Pisa (F. Squartini dal 15.11.86 e A. Pinchera dal 4.4.87); Roma Tor Vergata (A.

Finazzi Agrò dal 2.9.88; G. Rocchi dal 13.12.91); Roma Cattolica (A. Capelli dal 7.4.90); Sassari (A. Maida dal 15.1.89); Trieste (A. Bosatra dal 22.9.86; F. Bratina dal 2.3.88; F. Marotti dal 9.3.1991); Verona (L.A. Scuro dal 22.9.1986; Fiore Donati dal 7.4.9 e L. Vettore dal 13.12.91).

Ad Udine sono stati Presidenti, dall'11.7.87 V. Ambesi Impiombato e dal 1.2.90 P. E. Di Prampero; a Pavia II G. M. Frigo dal 13.12.91.

Alla Vice Presidenza vennero chiamati Aldo Pinchera e Ludovico Antonio Scuro, quest'ultimo sostituito, per la sua immatura scomparsa, da Italo Panella, nell'Aprile 1990.

Il Collegio si è dato uno Statuto (Tab. 1) ed è costituito come Conferenza Permanente dei Presidenti con regolare atto notarile.

Le attività della Conferenza sono condotte dall'Ufficio di Presidenza, costituito dal Presidente, dal Segretario, da due Vice-Presidenti e dal coordinatore dell'"Osservatorio Permanente sulla Tabella 18".

Dal 14.7.90 i Past President sono membri effettivi della Conferenza e partecipano attivamente ai lavori della stessa. La Conferenza si è articolata in diversi Gruppi di Lavoro, ogni Gruppo ha operato su un tema definito e seguendo uno schema operativo che è risultato efficace: scelta del tema, definizione degli obiettivi, sviluppo del tema, elaborazione di un Documento, discussione collegiale e revisione, pubblicazione e distribuzione.

Nel corso di sei anni si sono costituiti 27 Gruppi di Lavoro (Tab. 2) che hanno condotto numerose ricerche e prodotto Documenti pubblicati sulla Rivista della Conferenza, "75012 Medicina e Chirurgia".

La Rivista, istituita nel 1989 e giunta al suo settimo numero, viene stampata in 5.000 copie e distribuita a tutti i Docenti del Corso di Laurea; ha rappresentato in questi anni uno strumento di lavoro indispensabile per il coordinamento didattico e l'omogeneità dei comportamenti nelle diverse sedi.

Nella Tabella 3 sono riportati i sommari dei primi numeri e del Supplemento.

Sono state tenute, in questi anni, 28 riunioni, della Conferenza di cui 2 nel 1985, 3 nel 1986, 4 nel 1987, nel 1988 e nel 1989, 6 nel 1990 e 4 nel 1991 (Tab. 4).

In dieci occasioni, dal 1986 ad oggi, la Conferenza dei Presidenti ha svolto Riunioni congiunte con la Conferenza Permanente dei Presidi della Facoltà di Medicina (Fig. 5). Queste brevi note vogliono ricordare alcune delle tappe e delle realizzazioni compiute dalla Conferenza dei Presidenti del CCL dall'Ottobre dell'85 ad oggi e sottolineare la competenza e l'impegno profusi dai Docenti italiani per realizzare un Ordinamento didattico migliore.

Ricerca eseguita con il finanziamento Murst 40% "Metodi per la formazione del Medico e dello specialista", anno 1991.

Tab. 1 - Statuto

Art. 1 - Scopo della Conferenza

È istituita la Conferenza Permanente dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia delle Università italiane. Scopo della Conferenza è quello di operare come organismo di coordinamento delle competenze attribuite ai Consigli di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, come previsto dall'Art. 94 del D.P.R. 382. La Conferenza promuove ogni iniziativa di aggiornamento della didattica per la formazione del medico, al fine di una sua migliore qualificazione professionale. Elabora e diffonde proposte e documenti su problemi di specifica competenza informandone il Ministero della Pubblica Istruzione, il CUN, la Conferenza Permanente dei Presidi ed ogni altra Istituzione interessata, ciascuna per le rispettive competenze. La sede ufficiale della Conferenza è quella del Presidente in carica.

Art. 2 - Composizione della Conferenza

Della Conferenza fanno parte tutti i Presidenti dei CCL in Medicina e Chirurgia in carica nelle singole sedi universitarie italiane sin dal momento in cui ricevono la nomina. Fanno parte della Conferenza anche i Presidi delle Facoltà Mediche costituite dal solo Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ed il Presidente della Conferenza in carica nel triennio immediatamente precedente. Il Presidente di CCL impossibilitato a partecipare alle riunioni della Conferenza potrà farsi rappresentare da un Professore Ordinario del suo CCL che non potrà tuttavia esprimere voto deliberativo. Sono membri della Conferenza i Presidenti che hanno terminato il loro mandato; partecipano a tutte le attività della Conferenza senza diritto di voto. La Conferenza infine riconosce, per singolari apporti forniti al progresso dell'insegnamento universitario, la figura del Presidente Onorario, che viene eletto dall'Assemblea su proposta unanime dell'Ufficio di Presidenza.

Art. 3 - Nomina del Presidente

La Conferenza elegge con voto segreto a maggioranza assoluta dei membri, il Presidente e due Vice Presidenti scelti tra i membri della Conferenza, in prima votazione, e a maggioranza dei presenti in seconda convocazione. Presidente e Vice Presidente restano in carica

per un triennio. Il Presidente sceglie tra i membri della Conferenza il Segretario, che lo coadiuva nella organizzazione delle riunioni e nella preparazione di ogni necessaria documentazione. In caso di impedimento il Presidente è sostituito dal Vice Presidente che ha una maggiore anzianità accademica e a parità di carriera, dal più anziano.

Le elezioni per il rinnovo dell'Ufficio di Presidenza si svolgono ogni triennio nella seduta successiva al 1° Novembre.

È istituita la figura del Past-President allo scopo di garantire la continuità di azione dell'Ufficio di Presidenza.

Art. 4 - Funzioni del Presidente e del Segretario

Il Presidente stabilisce la data e il luogo delle riunioni della Conferenza.

Presiede le sue riunioni e copresiede, con il Presidente della Conferenza dei Presidi, le riunioni congiunte tra Conferenza dei Presidenti di CCL e Conferenza Permanente dei Presidi.

Elabora l'ordine del giorno delle riunioni, dopo aver raccolto e valutato anche le eventuali proposte dei membri.

Rappresenta la Conferenza in tutte le occasioni ufficiali e ne è portavoce, avendo cura, se impedito, di farsi sostituire dal Past-President o dal Vice-Presidente più anziano.

Il Segretario cura la compilazione, la diffusione e l'invio del verbale delle riunioni a tutti i membri e di tutta la documentazione che sarà deliberata dalla Conferenza.

Cura l'organizzazione delle riunioni, in ciò collaborando con l'organizzatore locale.

Art. 5 - Convocazione della Conferenza

La Conferenza è convocata dal Presidente almeno due volte all'anno e comunque ogni qualvolta lo ritenga necessario; può essere inoltre convocata su richiesta di almeno 1/3 dei suoi membri.

La convocazione con l'ordine del giorno sarà inviata almeno venti giorni prima della riunione a tutti i membri della conferenza.

Per la validità della seduta è necessaria la presenza di almeno la metà più uno dei componenti della Conferenza; nel computo per determinare la maggioranza non si tiene conto di coloro che abbiano motivato l'assenza.

Tab. 2 - Gruppi di Lavoro

Gruppo 1 - Regolamento del Collegio
Gruppo 2 - Regolamento dei CCL
Luigi Frati, Giovanni Bo
Gruppo 3 - CAI ed audiovisivi
Luigi Allegra, Claudio Marcello Calderera, Sergio Curtoni (Coordinatore), Corradino Fruschelli, Domenico Mancino, Franco Rinaldi, Antonio Ludovico Scuro
Gruppo 4 - Tesi e valutazione esame di Laurea
Giovanni Bo (Coordinatore), Federico Manenti, Almerico Novarini, Italo Panella, Lorenzo Federico Signorini
Gruppo 5 - Didattica integrativa
Fausto Grignani, Salvatore Navarra
Gruppo 6 - Obiettivi della didattica teorico-pratica
Andrea Bosatra, Sergio Curtoni, Giovanni Danieli, Giuseppe De Benedictis, Carmelo Fersini, Fausto Grignani, Cesare Scandellari (Coordinatore)
Gruppo 7 - Quantificazione della domanda didattica
Claudio Marchello Calderera, Luigi Frati
Gruppo 8 - Programma di Riferimento Nazionale (per la didattica formale)
Sergio Curtoni, Luigi Frati, Alessandro Finazzi Agrò, Ludovico Antonio Scuro (Coordinatore), Fausto Grignani, Cesare Scandellari
Dal 13/12/1991:
Cesare Scandellari (Coordinatore),
Gruppo 10 - Didattica formale e teorico-pratica: verifiche
Corradino Fruschelli, Carmelo Fersini, L. Federico Signorini (Coordinatore), Almerico Novarini, Fausto Grignani
Gruppo 11 - Propedeuticità e sbarramenti
Domenico Mancino (Coordinatore), Giuseppe De Benedictis, Pietro Livoti, Franco Rinaldi
Gruppo 12 - Programma di Riferimento Nazionale (per la didattica teorico-pratica)
Luigi Allegra, Giuseppe De Benedictis, Alessandro Finazzi Agrò, Federico Manenti (Coordinatore), Almerico Novarini, Franco Rinaldi, L. Federico Signorini
Dal 20/3/1992:
Federico Manenti (Coordinatore), Giovanni Danieli, Franco Rinaldi, Cesare Scandellari, Federico Signorini, Luciano Vettore
Gruppo 13 - Commissione per le risorse
Giuseppe De Benedictis (Coordinatore), Carmelo Fersini, Alessandro

Finazzi Agrò
Gruppo 14 - Insegnamento tutoriale
Pietro Livoti, Federico Manenti
Dal 13/12/1991:
Arnaldo Capelli (Coordinatore), Pietro Livoti, Domenico Mancino, Francesco Marotti
Gruppo 15 - I trasferimenti
Domenico Mancino
Gruppo 16 - Scuole dirette a fini speciali
Angelo Cherchi
Gruppo 17 - Prova di selezione per l'accesso al Corso di Laurea
Sergio Curtoni (Coordinatore), C. Scandellari, L. Vettore con la collaborazione di D. Cittadini (Napoli), P. Pacini (Firenze)
Gruppo 18 - Commissione per il Regolamento didattico
Giovanni Danieli (Coordinatore), Sergio Curtoni, Carmelo Fersini, Domenico Mancino
Gruppo 19 - Commissione per la compilazione di un Libretto-diario
Domenico Mancino
Gruppo 20 - Commissione per i rapporti CCL-Dipartimento
Claudio Marchello Calderera, Luciano Fiore Donati
Gruppo 21 - Insegnamento della Medicina interna e della Chirurgia generale
B. Bonati (Coordinatore), A. Balestrieri, G. Danieli, C. Fersini, C. Giordano, F. Grignani, A. Novarini, C. Scandellari, A. Ventura; S. Navarra, P. Livoti
Gruppo 22 - Rapporti CCL./Scuole di Specializzazione
A. Pinchera
Gruppo 23 - Risultati dell'applicazione della Tabella 18 al termine del primo triennio e proposte di modifica: un osservatorio permanente.
Sergio Curtoni, Ciro Balestrieri, Saverio Cinti, con la partecipazione di Amos Casti
Gruppo 24 - Corsi monografici
Arnaldo Capelli
Gruppo 25 - Modelli di orario didattico
Corradino Fruschelli (Coordinatore), Ciro Balestrieri, Carmelo Fersini
Gruppo 26 - Tirocinio post-laurea
Giandomenico Bompiani, Corradino Fruschelli (Coordinatore), Aldo Pinchera, Michele Toscano
Gruppo 27 - Didattica Tutoriale
Corradino Fruschelli, Antonio Pagano, Giuseppe Rausa, Franco Rinaldi (Coordinatore), Luciano Vettore

Tab. 3 - Sommari

75012 medicina e chirurgia

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

Fascicolo 1

Luigi Frati, Presentazione, 1
 Cesare Scandellari, Gli obiettivi della didattica teorico-pratica, 3
 Ludovico A. Scuro, Luciano Vettore, Obiettivi didattici specifici in medicina e chirurgia generale, 19
 L. Federico Signorini, Carmelo Fersini, Corradino Fruschelli, Fausto Grignani, Almerico Novarini, Didattica formale, didattica teorico-pratica e verifiche di profitto, 23
 Domenico Mancino, Propedeuticità e sbarramenti. Fuoricorso e ripetenti, 29
 Emilio S. Curtoni, Strumenti didattici: panorama generale e proposte di lavoro, 32
 Giovanni Bo, La tesi di laurea, 35
 Emilio S. Curtoni, Fausto Grignani, Gianfranco Pagano, Cesare Scandellari, Antonio Vuolo, Prove di selezione per l'iscrizione al corso di laurea, 43

Fascicolo 2

Luigi Frati, Introduzione, 49
 Ludovico Antonio Scuro, Programmi di riferimento nazionale per la medicina clinica, 51
 Fausto Grignani, Didattica integrativa, 57
 Luciano Vettore, Tania Savarin, Guida per la preparazione degli obiettivi educativi in medicina e chirurgia generale, 61
 Federico Manenti, Elaborazione di un programma comune di esercitazioni, 67
 Emilio S. Curtoni, Cesare Scandellari, Prove di selezione per l'ammissione al Corso di Laurea, 69
 Saulo Sirigatti, Corradino Fruschelli, Ezio Menoni, Cristina Stefanilo, Un test di efficienza intellettuale come possibile prova di accesso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, 73
 Ordinamento delle Scuole dirette a fini speciali dell'area sanitaria, 79

Fascicolo 3

Luigi Frati, Proseguire nel rinnovamento, 97
 Emilio Sergio Curtoni, Indagine sul primo anno di applicazione del nuovo ordinamento, 99
 Cesare Scandellari, Proposte per un programma nazionale di riferimento, 103
 Francesco Saverio Ambesi Impiombato, Franco Cucurullo, Guido Filogamo, Pietro Li Voti, L'insegnamento tutoriale, 107
 Carmelo Fersini, Cesare Scandellari, Piani di studio: problemi e proposte, 111
 Domenico Mancino, La disciplina del trasferimento degli studenti in relazione al nuovo ordinamento didattico, 115

Aldo Pinchera, L'insegnamento post-laurea, 119

Giovanni Danieli, Ricordo di Ludovico Antonio Scuro, 123
 Claudio Marcello Caldarera, Ricordo di Carlo Ricci, 125

Fascicolo 4

Luigi Frati, Editoriale, 129
 Luigi Frati, Giovanni Danieli, Sergio Curtoni, Carmelo Fersini, Domenico Mancino, Appunti per un Regolamento, 131
 Sergio Curtoni, Domenico Mancino, Giovanni Danieli, Esami, frequenze ed altri problemi: soluzioni adottate dai Corsi di Laurea, 140
 Sergio Curtoni, Association of Medical Deans in Europe: appunti sulla Conferenza 1990, 148
 Obiettivi proposti dall'OMS per realizzare il piano: "Salute per tutti entro l'anno 2000", 152

Fascicolo 5

Bruno Bonati, L'insegnamento della Medicina interna oggi, 157
 Claudio M. Caldarera, Luciano Fiore Donati, Riflessioni sui dipartimenti nella Facoltà di Medicina, 159
 Sergio E. Curtoni, Situazione degli esami di laurea in Medicina e Chirurgia dopo il secondo anno di applicazione del nuovo ordinamento, 161
 Arnaldo Capelli, L'insegnamento della Anatomia Patologica in base alla nuova tabella XVIII, 167
 Giovanni Danieli, Sergio E. Curtoni, Carmelo Fersini, Domenico Mancino, Il nuovo ordinamento al termine del primo triennio, 169
 Arnaldo Capelli, I corsi monografici, 174
 Luciano Fiore-Donati e Arnaldo Capelli, In ricordo di Giuseppe De Benedictis, 176

Suppl. al Fasc. 5

Proposta per un Programma Nazionale di Riferimento, a cura di Cesare Scandellari

Fascicolo 6

Arnaldo Capelli, Figura e ruolo didattico del Tutore
 Carmelo Fersini, Spazi didattici
 Luciano Fiore Donati, Il problema della valutazione didattica dei Docenti Universitari
 Emilio Sergio Curtoni, I Corsi di Laurea all'inizio del 4° anno
 Corradino Fruschelli e Carmelo Fersini, Modelli di orario didattico
 Camillo Rossi, Rosalia Genova, Cristina Bonetti, Emilio Sergio Curtoni, Gli studenti giudicano la loro Facoltà
 Amos Casti, Proposta di uno schema tipo per la relazione triennale sull'applicazione del D.P.R. 95/86
 Giovanni Danieli, Sei anni di attività della Conferenza
 Luciano Vettore, Esercitazioni pratiche di Semeiotica Medica
 Emilio Sergio Curtoni, Una pubblicazione per comunicare con Docenti e Studenti

Tab. 4 - Incontri della Conferenza Permanente

Data e sede	Organizzatori
1985	
1. 11 Ottobre: Portonovo di Ancona, Hotel Emilia	Claudio M. Caldarera e Giovanni Danieli
2. 15 Novembre: Roma - Ist. Patologia Genereale	Luigi Frati
1986	
3. 12 Aprile: Bologna - Ist. Chimica Biologica	Claudio M. Caldarera
4. 10 Luglio: Selva di Fasano	Ottavio Albano e G. De Benedictis
5. 15 Novembre: Modena - I Clinica Medica	Bruno Bonati
1987	
6. 9-10 Gennaio: Siena - Certosa di Pontignano	Corradino Fruschelli
7. 4 Aprile: Roma - Sala del Consiglio, Università Cattolica	Ermanno Manni
8. 11 Luglio: Bologna - Ist. Chimica Biologica	Claudio M. Caldarera
9. 22 Novembre: Pisa - Hotel Cavalieri	Aldo Pinchera
1988	
10. 2 Marzo: Roma - Ist. Patologia Generale	Luigi Frati
11. 11 Aprile: Milano - Rettorato	Luigi Allegra
12. 2 Luglio: Bari - Rettorato	Giuseppe De Benedictis
13. 18 Novembre: Napoli - Presidenza, I Facoltà di Medicina	Domenico Mancino
1989	
14. 15 Gennaio: Roma - Ist. Patologia Generale	Luigi Frati
15. 12 Marzo: Parma - Policlinico	Almerico Novarini
16. 26-27 Maggio: Verona - Rettorato	Ludovico Antonio Scuro
17. 6-7 Ottobre: Palermo - Rettorato	Alfredo Salerno e Pietro Li Voti.
1990	
18. 1 Febbraio: Bari - Hotel Palace	Giuseppe De Benedictis e Ottavio Albano
19. 7 Aprile: Travedona Monate (VA), Hotel Villa La Motta	Gian Mario Frigo e Luciano Tiepolo
20. 29 Aprile: Cagliari - Hotel Mediterraneo	Angelo Cherchi
21. 13-14 Luglio: Ferrara - Hotel Astra	Carmelo Fersini
22. 20 Ottobre: Udine - Sede Centrale Università	Pietro Enrico di Prampero
23. 15 Dicembre: Modena - Rettorato	Federico Manenti
1991	
24. 9 Marzo: Padova - Rettorato	Cesare Scandellari
25. 8 Giugno: Catania - Ist. I Clinica Chirurgica	Italo Panella
26. 27 Settembre: Trieste - Hotel Riviera	Fulvio Bratina e Francesco Marotti
27. 13-14 Dicembre: Torino - Rettorato	Sergio Curtoni
1992	
28. 21 Marzo: Roma - Presidenza Fac. di Med., Università di Roma Tor Vergata	Giovanni Rocchi

Tab. 5 - Riunioni congiunte delle Conferenze permanenti dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea

Data e sede	Organizzatori
1986	
1. 2-3 Giugno: S. Miniato al Tedesco (Pisa)	Ugo Teodori e Paolo Carinci
2. 2 Settembre: Milano	Claudio M. Caldarera e Giovanni Danieli
	Antonio Scala e Luigi Allegra
1988	
3. 6-7 Maggio: Pontecchio (Bologna)	Giampaolo Salvioli e Claudio M. Caldarera
4. 2-3 Settembre: Jesi (An) - Hotel Federico II	Guido Bossi e Giovanni Danieli
5. 18 Novembre: Napoli - II Facoltà	Gaetano Salvatore e Gennaro Della Pietra
	Domenico Mancino e Franco Rinaldi
1989	
6. 14-15 Luglio: Gubbio - Hotel Bosone Palace	Francesco Bistoni e Fausto Grignani
1990	
7. 29-30 Aprile: Cagliari	Angelo Balestrieri e Angelo Cherchi
8. 19 Ottobre: Udine - Sede Centrale Univ.	Pietro E. Di Prampero
1991	
9. 27 Settembre: Trieste - Hotel Riviera	Fulvio Bratina e Francesco Marotti
1992	
10. 20 Marzo: Napoli - II Facoltà di Med.	Gaetano Salvatore e Franco Rinaldi

La didattica pratica in Medicina interna Progetto sperimentale presso il Corso di Laurea in Medicina

Luciano Vettore, Franco Benini,
Maria Carla Capelli e Tania Savarin

Il nuovo ordinamento degli studi del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia prevede opportunamente un ampio spazio per le attività di didattica teorico-pratica.

Se ciò consente senza alcun dubbio una preparazione degli studenti in Medicina più adeguata alle future esigenze professionali, comporta d'altra parte non pochi problemi di programmazione e di organizzazione, nonché scelte oculte anche dal punto di vista pedagogico.

Presso il Corso di Laurea in Medicina dell'Università di Verona è iniziata nel corrente Anno accademico, per gli studenti iscritti al IV anno di corso secondo il nuovo ordinamento, la sperimentazione di un progetto didattico con le seguenti caratteristiche generali:

1. Unificazione delle risorse disponibili, sia umane che logistiche, per la didattica pratica di tutti i corsi integrati del IV anno, attinenti all'ambito della Medicina interna (Semeiotica e metodologia medica; Corsi integrati delle specializzazioni internistiche, confluenti nell'area della Patologia sistematica): vi sono pertanto impegnati la maggioranza dei Ricercatori universitari e alcuni Professori associati delle discipline internistiche, indipendentemente dalla cattedra di appartenenza; sono contemporaneamente disponibili per la frequenza degli studenti tutte le strutture di Medicina interna a direzione universitaria.

2. Utilizzazione prevalente del metodo tutoriale, intendendo con tale dizione la valorizzazione dell'apprendimento a piccoli gruppi, nei quali vengono stimolati e valorizzati l'apporto attivo degli studenti, direttamente coinvolti in un lavoro di gruppo, nonché la funzione maieutica dei docenti-tutori, considerati non più come "trasmettitori" di sapere, bensì come "induttori" dell'apprendimento personale e collaborativo.

3. Contenimento in termini di tempo e di contenuti della didattica pratica specialistica, limitata ad apporti dimostrativi delle tecniche specialistiche più rilevanti in medicina generale (prove funzionali, esami endoscopici, rilievi microscopici, ecc.).

La sperimentazione è facilitata nel suo primo anno di applicazione dal numero non eccessivo di studenti giunti senza debito d'esami al IV anno (a Verona 52) e da una sperimentazione parziale dei metodi didattici effettuata, da qualche anno in questa sede con gli studenti del vecchio ordinamento.

Riteniamo che possa essere di qualche utilità proporre in dettaglio il progetto in corso, riservandoci la valutazione dei risultati alla conclusione della sperimentazione.

Esercitazioni pratiche di Semeiotica medica

(1° semestre del IV anno)

Sono previsti gruppi di 4 studenti, coordinati da un tutore, per una seduta alla settimana della durata di due ore (ore 11-13, in continuazione dell'internato clinico, in una giornata prefissata), per 12 settimane complessive.

Ai docenti vengono preventivamente indicate le seguenti modalità tutoriali di svolgimento delle sedute di esercitazione:

Ta seduta:

1) Presentazione della metodologia e degli obiettivi da svolgere nell'arco delle 12 settimane disponibili.

Gli argomenti da svolgere sono i seguenti (nei limiti del possibile, ogni argomento dovrebbe essere esaurito nell'arco di 2 sedute, a distanza di 1 settimana l'una dall'altra):

- Sedute 1 e 2: Esame obiettivo generale; PAO, polso e respiro.

- Sedute 3 e 4: Esame obiettivo del capo e del collo.

- Sedute 5 e 6: Esame obiettivo del torace per l'apparato respiratorio.

- Sedute 7 e 8: Esame obiettivo dell'apparato cardiovascolare.

- Sedute 9 e 10: Esame obiettivo dell'addome (aspetti medici), del fegato e della milza.

- Sedute 11 e 12: Ripasso e rinforzo delle principali tecniche semeiologiche.

In queste esercitazioni non vengono svolti i seguenti argomenti:

- La raccolta dell'anamnesi e la compilazione della cartella clinica, che costituiscono obiettivi essenziali della seconda parte dell'internato clinico.

- L'esame obiettivo dell'apparato osteo-articolare, che verrà svolto, a cura dell'insegnamento di Reumatologia.

- Le manovre semeiologiche più strettamente connesse con la Semeiotica chirurgica (per es. ernie), che verranno trattate nelle attività pratiche chirurgiche.

- L'esame obiettivo neurologico, che verrà svolto al VI anno nel corso di Neurologia.

2) Verifica di prerequisiti indispensabili: nozioni essenziali, pertinenti all'argomento in esame, di anatomia (proiezione degli organi profondi sulla superficie corporea), di fisiologia e di patologia generale. Per sveltire la verifica può essere utile predisporre materiale cartaceo (moduli, sche-

mi anatomici "muti" ecc.), dove gli studenti possano elencare o disegnare tali elementi conoscitivi.

3) Osservazione da parte degli studenti, almeno per 2 volte consecutive, di come un esperto (tutore o filmato) esegue l'esame obiettivo del segmento corporeo in programma. L'esperto deve fornire adeguata descrizione della manovra mentre la esegue, dettagliando analiticamente i passaggi più importanti.

4) Individuazione da parte di ogni singolo studente delle fasi successive di ogni singola manovra semeiologica e costruzione immediata (sempre individualmente da parte di ogni studente) di una "griglia" contenente la sequenza logica-temporale dei passaggi indispensabili per la corretta esecuzione della manovra semeiologica in questione.

5) Costruzione in gruppo, con il contributo dei singoli studenti, della "miglior griglia possibile".

6) Confronto con la "griglia" corretta fornita dal tutore (derivata da testi attendibili; per es.: Bates B.: Guida all'esame obiettivo; Lodewick L. e Gunn A.D.G.: L'esame fisico del paziente).

7) Valutazione critica collettiva della propria "griglia" da parte degli studenti. Tale valutazione può essere completata individualmente a domicilio, con l'aiuto dei testi consigliati.

Il seduta:

1) Applicazione della manovra semeiologica appresa, secondo la "griglia" corretta. In un primo tempo è opportuno che gli studenti provino tale manovra su loro stessi, alternandosi nel ruolo di "esecutore", "soggetto esaminato" e "controllori critici". Solo in un secondo tempo la manovra andrà ripetuta su un paziente, se disponibile, preferibilmente in corsia, durante l'internato clinico (vedi oltre).

2) Valutazione finale, sia da parte degli studenti fra loro, sia da parte del tutore, del raggiungimento degli obiettivi.

Valutazione finale certificativa della frequenza alla didattica pratica del I semestre (facente parte del voto finale dell'esame di Semeiotica e Metodologia medica)

Alla conclusione delle attività di didattica pratica del I semestre del IV anno gli studenti dovranno essere in grado di:

- effettuare nella sequenza corretta e con un discreto grado di disinvoltura le manovre semeiologiche di cui hanno costruito le "griglie" durante il I semestre;

- spiegare il significato e l'utilità di tali manovre;

- riconoscere i reperti normali; non è invece richiesto il riconoscimento di reperti patologici, che richiedano maggior esperienza e l'affinamento delle abilità percettive.

Si raccomanda ai tutori di conservare, come documentazione dell'iter di apprendimento, tutte le "griglie" e altri eventuali materiali costruiti dagli studenti, singolarmente e in gruppo, durante le esercitazioni.

La valutazione finale dovrà essere infatti effettuata sulla base di criteri obiettivi e veritieri, che considerino sia il periodo globale di frequenza alle Esercitazioni e all'Internato clinico nel I semestre del IV anno, sia la "performance" dimostrata individualmente in una prova pratica finale preliminare all'esame, effettuata da ciascun tutore per gli studenti del proprio gruppo.

1. Valutazione individuale del profitto durante la frequen-

za. Consiste in un giudizio esplicito (scritto) per ciascun studente sui seguenti elementi:

a) assiduità di presenza (numero di assenze);

b) grado di partecipazione attiva.

2. Valutazione individuale del grado di apprendimento pratico raggiunto, in relazione al programma svolto: esecuzione commentata, da parte di ogni studente, di una manovra semeiologica (previa estrazione a sorte di un argomento tra quelli trattati nelle esercitazioni) e valutazione della sua correttezza (tappe e automatismo manuale) in base alla "griglia" finale prodotta dal gruppo per quell'argomento. Valutazione della capacità di autocritica nei confronti di eventuali errori.

3. Giudizio finale analitico (descrittivo), e sintetico (voto in trentesimi), da scrivere sull'apposito libretto delle frequenze di ciascuna studente.

Esercitazioni dimostrative nelle discipline internistiche specialistiche

(Corsi integrati di Patologia sistematica, suddivisi tra il I e il II semestre del IV anno)

Per ciascuna di 7 delle 8 discipline internistiche (gastroenterologia, malattie dell'apparato respiratorio, cardiologia, nefrologia, endocrinologia, ematologia e reumatologia), afferenti ai Corsi integrati nell'area di Patologia sistematica e integrata medico-chirurgica, gli studenti debbono frequentare (con turni a gruppi di 6-8 studenti, durante il semestre nel quale vengono impartiti i relativi insegnamenti formali) alcune esercitazioni dimostrative (6-8), presso le strutture specialistiche corrispondenti.

Dette esercitazioni hanno lo scopo di chiarire le indicazioni cliniche e di dimostrare agli studenti i reperti più comuni e rilevanti con le relative modalità di esecuzione per le indagini diagnostiche di pertinenza specialistica, che presentano maggiore rilevanza nella pratica di medicina generale (per es.: endoscopia digestiva ed ecografia addominale; prove di funzionalità respiratoria e broncoscopia; ecocardiografia e coronarografia; biopsia renale e monitoraggio dell'emodializzato; tests di funzionalità endocrina e metabolica; mielocentesi e descrizione morfologica degli elementi cellulari del sangue e del midollo; esame obiettivo specialistico del paziente reumatologico e artrocentesi; ecc.).

Internato clinico (I e II semestre del IV anno)

L'Internato clinico viene effettuato presso un Reparto internistico dalle ore 9.00 alle 11.00 di tutti i giorni feriali nei periodi di lezione per ambedue i semestri durante i corsi del IV anno.

Gli studenti che frequentano l'Internato clinico sono suddivisi in piccoli gruppi di 4 studenti per gruppo e sono affidati per ambedue i semestri didattici a un docente-tutore, che è un medico strutturato (universitario od ospedaliero), responsabile dell'assistenza di alcuni pazienti in un Reparto universitario di competenza internistica.

Ogni gruppo avrà come tutore per ambedue i semestri il medesimo docente con il quale svolge le Esercitazioni pratiche del I semestre.

Compiti dello studente interno

Gli studenti interni sono tenuti ad assolvere ad alcuni compiti specifici durante le ore di frequenza nei Reparti di attribuzione. Alcuni di questi compiti, dopo un periodo iniziale di 1-2 settimane per l'apprendimento della modalità corrette di esecuzione, dovranno essere svolti quotidianamente da ogni studente del gruppo; altri compiti potranno venire assegnati a rotazione a singoli studenti dal tutore, e a quest'ultimo lo studente responsabile dovrà renderne conto.

Sarà pertanto opportuno che a ogni studente del gruppo siano affidati continuativamente per le incombenze definite alcuni (due o più) pazienti.

Possono individuarsi i seguenti compiti specifici dello studente interno:

1. Per ambedue i semestri:

Dopo averne appreso le modalità corrette di esecuzione durante le prime 1-2 settimane d'Internato, ogni studente dovrà quotidianamente svolgere dalle 9 alle 10 in modo autonomo (cioè senza che sia necessario l'intervento del tutore), i seguenti compiti per ciascuno dei pazienti affidatigli:

- a) acquisizione dai pazienti (e, se necessario, dal personale infermieristico e/o dal quaderno delle consegne) delle informazioni relative agli eventi clinici (sintomi, disturbi, lamentele) accorsi nella giornata e nella notte precedenti;
- b) misurazione del polso, della pressione arteriosa e se necessario della frequenza respiratoria;
- c) controllo sulla cartella termografica della curva termica, della diuresi, dell'alvo e delle variazioni ponderali, verificatisi nel giorno precedente.

Nei tempi non occupati dall'esecuzione dei compiti susposti, gli studenti (individualmente o in gruppo) potranno, a seconda delle circostanze, effettuare le seguenti attività:

- a) assistenza alle incombenze che il loro tutore svolge nel lavoro clinico quotidiano ("giro" in corsia; prescrizioni terapeutiche; manovre diagnostiche quali: toracentesi, paracentesi, puntura sternale, apposizione di sondino nasogastrico e di catetere endovesicale, ecc.; colloqui con i consulenti; turni di guardia interdivisionale o di pronto soccorso; attività ambulatoriale divisionale, ecc.), secondo gli indirizzi di volta in volta forniti dal tutore;
- b) esercizio individuale nell'esecuzione di manovre semeiologiche sui pazienti ricoverati (previa autorizzazione da parte del tutore), per l'affinamento delle abilità gestuali, delle capacità percettive e dell'individuazione dei reperti semeiologici, a integrazione delle Esercitazioni del 1° semestre;
- c) analisi critica con discussione in gruppo di cartelle cliniche concluse, valutazione della loro "adeguatezza" relativa alla stesura dell'anamnesi e/o dell'esame obiettivo, sulla base di "griglie" prestabilite e successiva relazione al tutore sulle osservazioni emerse dal lavoro di gruppo;
- d) approfondimento sui testi di tematiche correlate al lavoro di internato, secondo gli indirizzi forniti dal tutore.

In momenti stabiliti dal tutore dovranno inoltre svolgersi sedute collegiali del gruppo, durante le quali:

- il tutore risponderà a quesiti postigli dagli studenti;
- verranno programmate le successive attività individuali e di gruppo;
- verranno valutate le attività svolte e il grado di apprendi-

mento raggiunto, con il fine di ottimizzare i risultati raggiungibili con la frequenza all'Internato.

2. Nel 2° semestre del IV anno gli studenti dovranno svolgere anche i seguenti compiti per ciascuno dei pazienti loro affidati:

a) trascrizione ordinata negli appositi spazi della cartella delle risposte relative agli accertamenti laboratoristici e strumentali, pervenute di giorno in giorno in reparto; nel fare ciò lo studente deve far mente locale sul significato di tali risposte in relazione alle condizioni cliniche del singolo paziente; in momenti concordati col proprio tutore lo studente darà a quest'ultimo relazione delle informazioni acquisite ed esprimerà le proprie considerazioni o interpretazioni in merito;

b) raccolta dell'anamnesi, effettuazione dell'esame obiettivo e loro compilazione ordinata, per i pazienti in carico; gli elaborati verranno successivamente discussi collegialmente e corretti dal tutore;

c) presenza attiva alle discussioni cliniche collegiali su tutti i pazienti affidati al proprio tutore, con annotazione delle conclusioni e delle decisioni diagnostiche e terapeutiche assunte; se e quando richiesto dal proprio tutore, lo studente trasferirà nel diario clinico dei pazienti affidatigli le notizie salienti relative a:

- eventi significativi del decorso clinico;
- problemi diagnostici attivi e inattivi;
- decisioni di approfondimenti diagnostici (laboratoristici e strumentali) e loro motivazioni;
- decisioni terapeutiche e loro motivazioni;
- eventi indesiderati, conseguenti a procedure diagnostiche o terapeutiche;
- eventuali considerazioni significative sull'iter diagnostico e terapeutico (epicrisi "in itinere" e finali), emerse dall'analisi collegiale del caso clinico;

d) presentazione dei dati clinici dei pazienti in carico, in occasione delle discussioni collegiali: in tale circostanza lo studente è tenuto a preparare preventivamente l'esposizione dei dati clinici e dei problemi diagnostici e terapeutici connessi al caso. In queste occasioni, ma anche al di fuori di esse, ogni studente è comunque invitato ad approfondire sui libri di testo le patologie con cui viene in contatto durante l'internato, confrontando le evidenze cliniche concrete con le descrizioni nosografiche teoriche e traendo da ciò utili stimoli all'apprendimento e al ragionamento;

e) esecuzione (sempre in presenza e sotto la guida del tutore) di piccole manualità (per es.: preparazione, colorazione ed esame microscopico di uno striscio di sangue, esame estemporaneo delle urine mediante stick; preparazione ed esame microscopico di un sedimento urinario; prelievo venoso, dapprima su manichino e poi su paziente; medicazione; ecc.).

È verosimile che solo dopo un congruo periodo dall'inizio dell'internato lo studente sarà in grado di assolvere con relativa autonomia alle incombenze più impegnative tra quelle sopra enumerate.

Sarà opportuno che gli studenti appartenenti a un gruppo in alcune circostanze eseguano in collaborazione tra loro alcuni dei compiti sopra descritti e che comunque nel gruppo si instauri uno spirito di lavoro collegiale e dialettico, pur restando ciascun componente personalmente responsabile dei compiti affidatigli.

3. Altre attività didattiche con metodo tutoriale (durante il

2o semestre del IV anno):

A) Occasioni didattiche finalizzate all'*apprendimento delle abilità psico-relazionali*, cioè del corretto comportamento nei rapporti interpersonali tra medico e paziente e tra medico ed altri operatori sanitari (medici, infermieri, studenti, ecc.).

Tale obiettivo potrà essere perseguito durante le attività di internato nelle corsie di degenza, dedicando alla problematica tempi definiti di lavoro in gruppo (sia in presenza che in assenza del tutore).

Modalità di attuazione:

- Invito agli studenti ad osservare e annotare individualmente i comportamenti dei vari operatori sanitari durante le consuete attività professionali (nelle comunicazioni tra medici e pazienti, tra medici e medici e tra medici e infermieri; nell'esecuzione dell'anamnesi, dell'esame obiettivo, delle manovre diagnostiche e terapeutiche; nell'informazione e nell'educazione sanitaria dei pazienti);

- discussione in gruppo sulle osservazioni individuali e costruzione collegiale di "griglie" dei comportamenti corretti;

- riproduzione simulata mediante "gioco dei ruoli" delle situazioni più comuni (se possibile con registrazione video e/o audio) e successiva analisi critica in gruppo degli avvenimenti, valutati sulla base delle "griglie" di comportamento precedentemente costruite;

- esercitazione diretta degli studenti (a turno) con pazienti reali nelle occasioni di relazione interpersonale, con osservazione da parte degli altri componenti del gruppo in qualità di "spettatori" e successiva valutazione critica in gruppo dei comportamenti individuali.

B) *Sedute tutoriali* con gruppi di 8 studenti e 1 tutore esperto per l'auto-apprendimento delle correlazioni fisiopatologiche, applicando il metodo del "problem based learning" a casi-problema di natura clinica, appositamente costruiti (7 casi-problema sugli argomenti sotto enumerati; per ciascun caso-problema 2 sedute di 2 ore ciascuna, dalle 11 alle 13 di un giorno della settimana, intervallate da 1 settimana di studio indipendente degli obiettivi didattici che siano stati individuati come bisognosi di un approfondimento delle conoscenze; ogni tutore modera lo stesso gruppo di studenti per 3 o 4 casi-problema differenti). Vengono effettuate nel II semestre.

La suddescritta attività didattica ha lo scopo di addestrare al ragionamento e alla dialettica di gruppo, e di favorire i collegamenti fisiopatologici tra nozioni relative a patologie d'organo o d'apparato, apprese nei corsi integrati dell'area di Patologia sistematica.

Argomenti per le sedute tutoriali - PBL:

- cardiopalmo (rapporti tra etiopatogenesi, fisiopatologia e semeiologia dei disturbi del ritmo più comuni);

- dolore toracico (integrazione delle conoscenze di cardiologia, reumatologia, pneumologia e gastroenterologia);

- cianosi e dispnea (integrazione delle conoscenze di cardiologia e pneumologia);

- edema (integrazione delle conoscenze di cardiologia, nefrologia e gastroenterologia);

- equilibrio acido-base (integrazione delle conoscenze di biochimica clinica, pneumologia, nefrologia e malattie del metabolismo);

- emorragia intestinale (integrazione delle conoscenze di gastroenterologia, ematologia, cardiologia, istologia pato-

logica e farmacologia);

- interazioni tra farmaci (parte integrante del corso di farmacologia).

N.B. Sono previsti altri 14 "tutorials" (7 per semestre) nel corso del V anno, con un'impostazione prevalente di "problem solving", di "patient management" e di "decision making".

Compiti dei docenti-tutori

Poiché l'internato clinico è essenzialmente finalizzato all'apprendimento, per imitazione e osmosi diretta tra studenti del gruppo e docente-tutore, della metodologia complessiva di approccio clinico al malato, ogni tutore ha le seguenti funzioni:

- a) svolgere il proprio lavoro clinico mattutino alla presenza degli studenti rendendone palesi, mediante il modo in cui esercita la propria attività quotidiana, le metodologie, i contenuti e i fini nelle componenti culturali, tecniche, decisionali e comportamentali;

- b) attribuire in modo chiaro e definito agli studenti del proprio gruppo i compiti di loro competenza, e quindi controllarne la correttezza e correggerne l'esecuzione;

- c) fornire agli studenti le informazioni necessarie al corretto svolgimento dei loro compiti, rispondendo in tempi definiti alle loro domande di chiarificazione;

- e) stimolare gli studenti a una partecipazione personale positiva all'attività clinica, al lavoro collaborativo del gruppo e all'approfondimento individuale delle problematiche che emergono dalle situazioni cliniche concrete e nell'attività tutoriale di apprendimento per problemi.

Non rientra nei compiti ordinari dei tutori l'esposizione sistematica di conoscenze teoriche, per le quali sono disponibili le lezioni accademiche e i libri di testo; in altri termini gli studenti non possono esigere che l'internato clinico si identifichi con un insegnamento teorico a uso personale; gli studenti hanno tuttavia il diritto-dovere di porre domande sulle attività cliniche cui partecipano e di ottenerne risposte soddisfacenti, purché ciò si svolga in tempi definiti, cioè tali da non interferire negativamente con le mansioni assistenziali che ogni tutore ha l'obbligo di espletare accanto all'attività didattica.

In conclusione, gli studenti debbono divenire consapevoli che l'internato risulterà utile alla loro preparazione medica nella misura in cui essi si impegneranno in prima persona a "fare" in modo intelligente e quindi a "capire" e a "imparare" ciò che stanno facendo. In altri termini, dev'essere tenuto costantemente presente l'aforisma:

1. Capisco ciò che sento.
2. Ricordo ciò che vedo (e leggo).
3. Imparo ciò che faccio.

Valutazione della frequenza alla didattica pratica del II semestre

Alla conclusione dell'internato clinico, cioè alla fine del II semestre il docente-tutore è tenuto a esprimere per iscritto (sull'apposito libretto) in modo analitico, obiettivo e veritiero il proprio giudizio sul grado di raggiungimento dei seguenti obiettivi da parte di ciascuno degli studenti del proprio gruppo durante il lavoro svolto nel corso dell'internato:

1. Assiduità di presenza.
2. Partecipazione personale alle attività d'internato.
3. Integrazione e capacità di collaborazione con gli altri

membri del gruppo.

4. Grado d'impegno e di autonomia, dimostrati nell'espletamento dei compiti assegnati.
5. Capacità nella raccolta e nella stesura completa dell'anamnesi.
6. Capacità nell'effettuazione e nella compilazione dell'es-

me obiettivo completo (con riferimento alla disinvoltura e al grado di automatismo nell'espletamento delle manovre semeiologiche).

7. Capacità nella valutazione e nell'esposizione dei dati clinici relativi ai pazienti osservati (analisi, sintesi, comprensione, capacità critica, ecc.).

Una pubblicazione per comunicare con Docenti e Studenti

Emilio Sergio Curtoni

All'inizio di Maggio sarà disponibile in tutte le città sede di Facoltà di Medicina un libretto destinato agli studenti che, terminata la scuola secondaria, vogliono entrare nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia. Questa pubblicazione conterrà informazioni utili per affrontare l'esame di selezione per l'ammissione al corso di laurea. Viene spiegata la struttura di una domanda a scelta multipla e la logica che si può seguire per giungere alla risposta. Vi sono esempi di domande a scelta multipla riguardanti i vari campi saggiati durante la prova, cioè Chimica, Fisica, Matematica, Biologia e (in alcune sedi) Logica o Cultura Generale. Sono elencati gli argomenti contenuti nei programmi ministeriali, per le scuole secondarie, a cui si riferiranno le domande.

Vengono anche illustrati gli aspetti "formali" della prova di selezione: come si svolge, quante domande per ciascuna disciplina vengono fatte nelle varie sedi, quanto conta il voto dell'esame di maturità eccetera.

La compilazione del libretto è stata promossa dalla Conferenza Permanente dei Presidenti dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, con tre scopi.

Il primo è di venire incontro ad un'esigenza espressa da numerosi studenti al termine della scuola secondaria: avere informazioni ed indirizzi su come affrontare la prova di selezione. Un aiuto tanto più necessario in quanto la massima parte degli studenti medi delle scuole italiane non ha familiarità con esami basati su domande a scelta multipla. È noto che per provvedere queste informazioni e per familiarizzare gli studenti con le domande a scelta multipla vengono offerti brevi corsi da scuola private (a costi a volte elevati) o da associazioni di studenti (di solito gratuiti); ai Presidenti dei corsi di laurea è sembrato doveroso dare un

contributo per informare ed indirizzare i candidati.

Il secondo motivo è per aiutare le varie sedi, in cui le prove di esame vengono prodotte, a non divergere eccessivamente l'una dall'altra nel tipo di esame. Per questo è stato concertato un programma comune per le quattro discipline fondamentali, e sono stati dati esempi di domande. Domande che si vorrebbe che, almeno in buona parte, non si limitassero a saggiare il ricorso di informazioni bensì dovrebbero valutare la capacità dello studente di ragionare sui dati e di risolvere problemi. A questo proposito il libretto costituisce anche, in qualche misura, un vincolo per i docenti che in ogni sede preparano gli esami di selezione. Infatti poiché i Presidenti hanno chiesto che venga messo a disposizione dei candidati alla prova, si intende che i candidati sapranno che la prova verterà su quel programma ed avrà quei tipi di domande.

Il terzo motivo è stato sottolineato da alcuni insegnanti delle scuole medie superiori. Questa brevissima opera può essere l'inizio di un dialogo tra la Facoltà di Medicina e la Scuola Secondaria. Possiamo cominciare a dire agli insegnanti delle medie superiori di cosa vorremmo che fossero capaci gli studenti che entrano nella nostra Facoltà. Cosa vorremmo che sapessero, come vorremmo che ragionassero. E possiamo prospettarci che, se lo vogliamo, questo inizio possa essere seguito da un dialogo nei due sensi più esteso e più approfondito, da una collaborazione che abbia come scopo una migliore formazione dei nostri giovani.

L'esame di selezione per l'ammissione a medicina

a cura di A. Bonetto

Utet, 1992, distribuzione gratuita

Collaborazione internazionale tra Facoltà mediche

Attività dell'Association of Medical Deans in Europe (AMDE)

Emilio Sergio Curtoni

L'Amde è diretta da un "Comitato Esecutivo" composto da nove membri, fra i quali lo scrivente. Questo Comitato ha tenuto l'ultima riunione a Praga dal 29 novembre al 1° dicembre 1991. I principali argomenti discussi sono stati i seguenti:

1) Attività svolte dall'Amde nel 1991.

- Di recente si è osservato in varie nazioni un maggior interesse per la collaborazione tra facoltà mediche, a livello sia nazionale che internazionale. L'Amde ha di recente collaborato a questo proposito con le associazioni dei presidi di Medicina della Polonia e della Cecoslovacchia; inoltre ha in atto una collaborazione con il "Comitato per la formazione" dell'Associazione Internazionale di Fisiopatologia. - Sono state tratte alcune conclusioni dal congresso annuale Amde 1991, tenuto a Parigi nella prima settimana di settembre. Il numero di partecipanti è stato più alto che negli ultimi anni, a riprova dell'aumento di interesse nella collaborazione internazionale.

2) Indirizzi delle future attività.

Allo scopo di raggiungere gli obiettivi statuari dell'Associazione, le attività si svilupperanno lungo queste linee:

a) Collaborazione tra le facoltà mediche europee per stabilire degli standard europei al riguardo della Formazione, della Valutazione di qualità, della Ricerca, della Pratica medica.

b) Collaborazione tra le facoltà mediche e le istituzioni sanitarie delle varie nazioni.

c) Collaborazione tra le facoltà mediche e le organizzazioni internazionali, sia politiche (per esempio Comunità Economica europea) che sanitarie (per esempio Organizzazione Mondiale della Sanità, ufficio europeo).

Secondo quanto deciso nell'ultima assemblea generale dell'Amde, all'inizio del 1992 verrà chiesto il parere di tutte le facoltà mediche europee sull'opportunità di modificare lo statuto ed il nome dell'associazione allo scopo di consentire l'ingresso non solo ai presidi ma a tutti i docenti che lo chiedano, oppure ad intere facoltà.

3) Congresso Amde 1992.

Il congresso si terrà a Dundee nella settimana fra il 31 agosto ed il 4 settembre 1992, in concomitanza con il congresso annuale dell'Association for Medical Education in Europe e con un congresso internazionale sul tema "Assessment of clinical competence".

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

Presidente Prof. Luigi Frati
Segretario Prof. Giovanni Danieli,

Vicepresidenti Prof. Italo Panella, Prof. Aldo Pinchera
Past President Prof. Claudio M. Caldarera

Presidenti

Ancona

Prof. Saverio Cinti

Bari

Prof. Vincenzo Mitolo

Bologna

Prof. Claudio Marcello Caldarera

Brescia

Prof. Giuseppe Nardi

Cagliari

Prof. Angelo Cherchi

Catania

Prof. Italo Panella

Catanzaro

Prof. Salvatore Venuta

(Preside di Facoltà)

Chieti

Prof. Domenico Gambi

Ferrara

Prof. Giuseppe Rausa

Firenze

Prof. Lorenzo Federico Signorini

Genova

Prof. Carlo Walter Loeb

L'Aquila

Prof. Michele Toscano

Messina

Prof. Salvatore Navarra

Milano

Prof. Antonio Pagano

Modena

Prof. Federico Manenti

Napoli

Prof. Ciro Balestrieri (I Fac.)

Prof. Franco Rinaldi (II Fac.)

Padova

Prof. Cesare Scandellari

Palermo

Prof. Giandomenico Bompiani

Parma

Prof. Amos Casti

Pavia I

Prof. Luciano Tiepolo

Pavia II

Prof. Gian Mario Frigo

Perugia

Prof. Alessandro Ventura

Pisa

Prof. Aldo Pinchera

Roma

Prof. Luigi Frati (La Sapienza)

Prof. Giovanni Rocchi (Tor Vergata)

Prof. Arnaldo Capelli (Univ. Cattolica)

Sassari

Prof. Alessandro Maida

Siena

Prof. Corradino Fruschelli

Torino

Prof. Sergio Curtoni

Verona

Prof. Luciano Vettore

Trieste

Prof. Francesco Marotti

Udine

Prof. Pietro Enrico Di Prampero

(Preside di Facoltà)

Past President

Giovanni Danieli (Ancona), Giovanni Ragnotti, Leonardo Loiacono (Brescia), Angelo Balestrieri (Cagliari), Arrigo Migliore, Carmelo Fersini, (Ferrara), Sandro Pontremoli (Genova), Pietro Campa, Elio Ziparo (L'Aquila), Luigi Allegra (Milano), Bruno Bonati (Modena), Carmelo Giordano, Domenico Mancino (Napoli I), Pietro Li Voti, Alfredo Salerno (Palermo), Almerico Novarini (Parma), Giovanni Bo (Pavia), Emanuele Rinonapoli, Fausto Grignani (Perugia), Francesco Squartini (Pisa), Giorgio Bernardi, Alessandro Finazzi Agrò (Roma Tor Vergata), Ermanno Manni (Roma Cattolica), Egidio Miele (Sassari), Andrea Bosatra, Fulvio Bratina (Trieste), Saverio Ambesi Impiombato (Udine), Luciano Fiore Donati, Mario Marigo (Verona).

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

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

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

Segretaria di redazione, Daniela Pianosi

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

Direttore responsabile, Giovanni Danieli