



MEDICINA E CHIRURGIA

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

MEDICINA E CHIRURGIA

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

Comitato Editoriale di Medicina e Chirurgia

Guglielmo Borgia, (*Campania, Puglia, Basilicata*),
Alberto Calatroni (*Sicilia, Calabria, Sardegna*),
Giancarlo Torre (*Liguria, Emilia-Romagna*),
Marcello Negri (*Lazio, Abruzzo, Molise*),
Giuseppe Scotti (*Piemonte, Lombardia*),
Roberto Pozzi Mucelli (*Triveneto*)

Redazione, Istituto di Clinica Medica Generale,
Ematologia ed Immunologia Clinica dell'Università
60020 Torrette di Ancona
Tel. 0712206101 - Telefax 0712206103
E-mail: istclinmedan@unian.it

Amministrazione e stampa, Errebi Falconara

Segretaria di Redazione, Daniela Pianosi

Direttore Responsabile, Giovanni Danieli

Con la cortese collaborazione della
SOCIETÀ ITALIANA DI FARMACOLOGIA

e di



aethra® Telecomunicazioni

Sommario

Guida all'applicazione del nuovo Ordinamento

- 693 Presentazione - Giovanni Danieli
- 695 Orientamento, accesso a Medicina e debito formativo. Ipotesi di studio e prospettive future - Giuseppe Familiari et al.
- 704 Il *Core curriculum* degli studi medici. Il suo significato e qualche suggerimento per costruirlo e applicarlo Luciano Vettore, Antonio Gaddi ed Aldo Tomasi
- 710 Seminari, un'innovazione del *Core curriculum* - Saverio Cinti
- 712 Didattica non formale ed attività professionalizzanti, dove finisce la prima ed iniziano le seconde? Massimo Malcovati
- 714 Obiettivi, strumenti e modelli tutoriali - Alberto Calatroni *et al.*
- 720 Linee guida per la costruzione dell'attività didattica elettiva - Guglielmo Borgia
- 723 Medicina e scienze umane, una riflessione - Giovanni Federspil e Oreste Terranova
- 726 Quali prospettive per la formazione multiprofessionale alla luce del nuovo Ordinamento? - Paola Binetti
- 734 Attività formativa professionalizzante in Medicina Generale - Fausto Grignani e Giovanni Delrio
- 739 Formazione a distanza - Pietro Gallo *et al.*
- 744 L'insegnamento della lingua inglese nel Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia - Maria Grazia Albano e Pietro Gallo



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

Presidente Onorario, Luigi Frati

UFFICIO DI PRESIDENZA

Giovanni Danieli, *Presidente*

Claudio Marcello Caldarera, Luigi Frati, Guido Coggi, Luciano Vettore, *Past Presidents*

Alfred Tenore, *Vice Presidente*

Amos Casti, *Segretario*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA

Prof. Amos Casti

Dipartimento di Medicina Sperimentale

Plesso Biotechologico Integrato

Via Volturno, 39 - 43100 Parma

Tel 0521/903808-903801, Fax 0521/903802, E-mail: casti@unipr.it

SEGRETERIA DEL PRESIDENTE

Sig.ra Daniela Pianosi

Istituto di Clinica Medica Generale, Ematologia ed Immunologia Clinica

Polo Didattico Scientifico

Via Tronto 10 - 60020 Torrette di Ancona

Tel. 071/2206101 , Fax 071/2206103, E-mail: istclinmedan@unian.it

Sito web

//pccl-med.vnet.aethra.it

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

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

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

Finito di stampare
il 12 dicembre 2002
per i tipi della Litografia Errebi
di Falconara - Ancona

Certamente monsieur de Lapalisse condividerebbe l'opinione che per fare dei buoni medici occorre reclutare i migliori studenti disponibili sul mercato ma, per quanto ovvia possa apparire questa considerazione, ben poche facoltà hanno dimostrato particolare interesse a mettere in atto meccanismi in grado di selezionare gli studenti che, per cultura ed umanità, posseggono più di altri predisposizione alla professione medica.

Nella serie di scritti che seguono, preparati allo scopo di definire linee comuni di comportamento per la formazione del medico, Giuseppe Familiari ed il suo gruppo hanno quindi affrontato il tema del rapporto scuole-università, giungendo a proporre una nuova procedura di selezione.

Altri contributi di questo fascicolo sono dedicati al core curriculum ed alle attività didattiche elettive, i due poli dell'insegnamento-apprendimento, il primo, il nucleo centrale dei saperi minimi che ogni studente deve acquisire e, il secondo, l'approfondimento, su libera scelta, dei temi congeniali alle vocazioni individuali. La Conferenza, tramite un gruppo di lavoro nel quale Aldo Tomasi, Luciano Vettore ed Antonio Gaddi hanno portato contributi determinanti nella ideazione e nella realizzazione del progetto, ha prodotto e distribuito una proposta di core curriculum che ogni facoltà potrà adottare con tutte le integrazioni richieste dalla missione e dalla peculiarità proprie.

I seminari costituiscono un nuovo strumento didattico nato per favorire l'integrazione tra le discipline e le specialità mediche, fornendo allo studente una visione "olistica" della medicina ed una preparazione idonea ad affrontare la soluzione di qualsiasi problema che la persona malata possa presentare. Ne riferisce Saverio Cinti con una sintetica ed incisiva descrizione.

Massimo Malcovati affronta invece due aspetti significativi della didattica irrinunciabile, la didattica pratica interattiva a piccoli gruppi e l'attività formativa professionalizzante; quest'ultima, con i suoi 60 crediti corrispondenti a 1500 ore di lavoro dello studente, distribuiti più spesso dal 3° al 6° anno, assicura l'applicazione sul campo delle conoscenze e delle abilità acquisite e quindi il raggiungimento della competenza clinica.

Didattica interattiva e didattica professionalizzante si svolgono sotto la guida di un tutore docente o di un tutore clinico - a seconda delle competenze richieste - mentre, come descrivono Alberto Calatroni ed i suoi collaboratori, il tutore personale rappresenta guida e punto di riferimento continuo per tutto il percorso dello studente, nonché modello realizzato delle aspettative dei futuri medici.

Sulla attività didattica elettiva, che richiede alla facoltà un forte impegno per la produzione di eventi didattici necessariamente almeno doppia della fruizione degli stessi se si vuole garantire una libera scelta, Guglielmo Borgia e il suo gruppo hanno preparato una linea guida, che rappresenta proposta per le facoltà e insieme strumento per una uniformità dei comportamenti.



Ma medicina è scienza basata sui valori umani e formare medici significa non solo assicurare l'acquisizione delle conoscenze, abilità, competenze necessarie, ma anche di quella cultura umanistica che assiste il futuro medico nelle decisioni che dovrà quotidianamente prendere; da ciò il grande sviluppo che l'insegnamento delle scienze umane, variamente realizzato nelle diverse sedi, ha avuto nell'ultimo anno, come illustrato da Giovanni Federspil e da Oreste Terranova.

La didattica multiprofessionale, sulla quale Paola Binetti ha preparato un saggio di alta ingegneria formativa, risponde all'esigenza per cui sono nati i seminari clinico-biologici e clinico-interdisciplinari, quella cioè di formare i giovani al lavoro d'équipe, nel primo caso integrando docenti di discipline diverse, nel secondo costruendo momenti di formazione comune per studenti provenienti da differenti corsi di laurea.

Altri temi trattati in questo numero, frutto del lavoro di altri gruppi di studio, sono la formazione nel territorio (Fausto Grignani e Giovanni Delrio) con le motivazioni e le linee guida per realizzarla e un modello di applicazione (Perugia); la formazione a distanza (Pietro Gallo) che lungi dal sostituire l'apprendimento in presenza del docente, può tuttavia rappresentare un'utile integrazione della didattica tradizionale; l'apprendimento della lingua inglese, non realizzabile in un solo anno, e per il quale Maria Grazia Albano e Pietro Gallo propongono un modello didattico a sviluppo quinquennale.

Criteri di accesso e debito formativo, core curriculum e didattica elettiva, seminari ed attività formativa professionalizzante, tutori personali e tutori docenti, didattica multiprofessionale, a distanza e nel territorio, insegnamento quinquennale di inglese, sono queste le innovazioni più significative contenute nel nuovo Ordinamento e ad esse la Conferenza ha puntualmente fornito il suo contributo di descrizione, riflessione e proposta.

Giovanni Danieli

TRIFOGLIO ASPHALTITE



TRIFOGLIO DE PRATI



Orientamento, accesso a Medicina e debito formativo

Ipotesi di studio e prospettive future

Giuseppe Familiari (*Roma La Sapienza, I Facoltà*), Coordinatore, con la collaborazione di Gian Battista Azzena (*Roma Cattolica*), Paola Binetti (*Roma Campus Biomedico*), Lorenzo Bonomo (*Chieti*), Alberto Calatroni (*Messina*), Massimo Casacchia (*L'Aquila*), Enrico De Antoni (*Roma La Sapienza, I Facoltà*), Pietro Gallo (*Roma La Sapienza, I Facoltà*), Raffaele Geremia (*Roma Tor Vergata*), Andrea Lenzi (*Roma La Sapienza, I Facoltà*), Marella Maroder (*Roma La Sapienza, I Facoltà*), Marcello Negri (*Roma La Sapienza, I Facoltà*), Evangelista Sagnelli (*Napoli-Caserta*), Guglielmo Borgia (*Napoli Federico II*), Giovanni Delrio (*Napoli, II Ateneo*)

La selezione di uno studente *idoneo* per la Facoltà di Medicina è un evento importante che, combinato al processo di rinnovamento dei corsi che tutte le Facoltà italiane hanno attivato, dovrebbe consentire la formazione di un *buon medico* che sappia rispondere in pieno alla complessità della sua *missione* (Jones, 2001)¹⁰.

Strettamente correlate alla selezione appaiono inoltre le attività di orientamento e la verifica/assolvimento del debito formativo, attività senz'altro finalizzate a migliorare il processo di selezione dello studente, a meglio definire la sua motivazione e la sua progressione corretta negli studi soprattutto nel primo anno del corso.

Poiché, come si nota in un recente editoriale apparso su *British Medical Journal*, l'attenzione dedicata a questi problemi non è oggi sufficiente diviene necessario che anche le Facoltà Mediche italiane valutino i temi dell'ingresso con maggiore attenzione di quanto oggi ad essi è dedicata (*Medical educators, perhaps vainly, pay a lot of attention to the design of the curriculum and little to the selection of students*, Tutton e Price, 2002)¹⁵.

La stessa *World Federation on Medical Education* (WFME) ha dato indicazioni in tema, invitando le Facoltà Mediche a perfezionare e migliorare criteri e metodi di ammissione, ed ha posto in netto risalto il rapporto tra ammissione e missioni educative specifiche dei corsi, e l'impegno a valutare la capacità dello studente a poter essere un buon medico e a sapersi relazionare correttamente con le responsabilità sociali richieste dalle Istituzioni (WFME, 2000)¹⁶.

Sulla base di queste chiare esigenze, la nostra Conferenza ha attivato nel Dicembre 2000 un *Gruppo di Studio*, con il compito di analizzare le problematiche correlate all'orientamento ed all'ingresso a Medicina e formulare proposte di rinnovamento.

In particolare, obiettivi del Gruppo di Lavoro sono stati quelli di valutare i rapporti esistenti tra Scuola ed Università e proporre nuovi sistemi di collaborazione Scuola-Università (*orientamento in ingresso*), valutare le procedure di selezione attuali e proporre eventuali correttivi all'attuale sistema (*accesso a Medicina*), valutare le metodologie di

verifica del debito formativo, valutare e proporre nuove metodologie di orientamento nell'ambito dei corsi al fine di ottimizzare il percorso formativo (*orientamento intra-universitario*) valutare e proporre nuove metodologie di orientamento al termine del percorso formativo (*orientamento in uscita*).

Il lavoro svolto dal Gruppo di Studio ha portato alla discussione di alcune proposte in seno alla Conferenza, derivanti dalla distribuzione ed analisi di tre questionari sull'accesso a Medicina, sull'orientamento in ingresso e sul debito formativo.

Alcune proposte possono essere di utilità per riflettere su nuovi sistemi di collaborazione Scuola-Università (*orientamento in ingresso*), altre per discutere sui correttivi all'attuale sistema di reclutamento alla Facoltà di Medicina (*accesso a Medicina*). Su questo ultimo tema, la Conferenza ha approvato alcune linee guida che sono, in riferimento a quanto idealmente dovrebbe e potrebbe essere fatto, rappresentative di un livello di aggiornamento essenziale da applicare in sintonia con il rinnovo dei cicli scolastici della Scuola secondaria superiore (Familiari *et al.*, 2002a, b)⁴⁻⁵.

Orientamento in ingresso

Le attività di orientamento e la diffusione delle informazioni sono concretamente definite già nell'art. 4 della legge 168/89. Sono infatti qui indicati i principi, gli obiettivi generali e le azioni auspicabili nel contesto di un ampio coordinamento inter-istituzionale.

Il tema dell'orientamento è ancora ripreso in alcune Leggi e Decreti ministeriali, ed in alcuni documenti ministeriali di indirizzo, a testimonianza dell'importanza di questo punto nel tema della piena realizzazione dell'autonomia universitaria (D.M. 21/07/1997 n. 245, art. 3; Lettera del Dipartimento per l'Autonomia Universitaria, ufficio II prot. N.123 del 6/8/97; D.M. 23/04/1998; D.M. 8/06/1999, n.235; L. 264/1999, art. 3 punto 1; D.M. n.509 del 3/11/1999, art. 11, punto 7, capoverso g; D.M. 8/06/2001, art. 9, comma 1; D.M. 25/03/2002; Lettera del Dipartimento per la Programmazione, il Coordinamento e gli Affari economici, Ufficio II, prot. N.1341 del 19/04/2002).

Una definizione istituzionale di orientamento la si trova nel cosiddetto "Documento Martinotti", che si cita integralmente: *L'orientamento consiste in un insieme di attività che mirano a formare o a potenziare nei giovani capacità che permettano loro non solo di scegliere in modo efficace il proprio futuro, ma anche di partecipare attivamente negli ambienti di studio e di lavoro scelti. Tali capacità riguardano, infatti, la conoscenza di se stessi e della realtà sociale ed economica, la progettualità, la organizzazione del lavoro, il coordinamento delle attività, la gestione di situazioni complesse, la produzione e la gestione di innovazioni, le diverse forme di comunicazione e di relazione interpersonale, l'auto-aggiornamento ecc.. Una definizione più precisa di tali capacità è di competenza delle singole strutture educative, in riferimento all'ambiente in cui esse sono presenti; le capacità indicate sono rilevanti in un periodo storico nel quale i mondi vitali sono indeboliti, favoriscono una partecipazione sempre più matura ai processi educativi e, successivamente, costituiscono componenti necessarie della cittadinanza e della professionalità* (Rapporto finale del 3/11/1997).

Queste attività di orientamento debbono essere svolte in maniera diversificata negli ultimi due anni della Scuola secondaria superiore; debbono essere possibilmente di carattere generale ed informativo nel quarto anno per permettere allo studente di orientarsi verso alcune discipline, e diventano di carattere specifico nel quinto anno per l'area e le materie su cui lo studente ha già manifestato il proprio interesse nell'anno precedente. Esse debbono nascere dalla collaborazione tra Università, Scuola e Studenti universitari in forma singola o associata, e debbono inoltre prevedere necessariamente la formazione o l'aggiornamento dei formatori (*Lettera del Dipartimento per la Programmazione, il Coordinamento e gli Affari economici, Ufficio II, prot. N.1341 del 19/04/2002*).

Il livello di attuazione di questa politica dell'orientamento, nell'ambito del Corso di Laurea Specialistica in Medicina, può essere dedotto dalla lettura del questionario distribuito dal Gruppo di Studio nel 2001. I dati si riferiscono ad un campione pari al 60.8% del totale (28 Corsi su un totale di 46), distribuiti su tutto il territorio nazionale. Le attività di orientamento sono in massima parte coordinate nell'ambito di una Commissione centrale di Ateneo (92.8%). Le iniziative già in atto presso i Corsi di Laurea Specialistica sono catalogabili sulla base dei diversi obiettivi che esse intendono raggiungere.

Le iniziative che riguardano l'informazione sull'offerta didattica della Facoltà e gli sbocchi professionali sono le più utilizzate e comuni nelle diverse sedi. Esse comprendono:

- Presenza di commissioni paritetiche per l'orientamento composte da Docenti Universitari e Docenti della Scuola Secondaria Superiore.
- Incontri programmati presso le Sedi universitarie prima delle pre-iscrizioni all'Università per studenti e docenti della Scuola secondaria superiore.
- Incontri programmati presso le Scuole aventi per oggetto le discipline dei Corsi Universitari oggetto dell'esame di ammissione e gli sbocchi professionali.
- Tre giorni di preparazione alla prova d'esame.
- Incontri di informazione programmati con i Docenti della Scuola media superiore per gli studenti.
- Partecipazione con appositi stand a rassegne dedicate all'orientamento universitario.
- Partecipazione a trasmissioni televisive locali dedicate all'orientamento.
- Articoli su giornali ad ampia diffusione.
- Mini *depliant* inviati a largo raggio.
- *Settimana dello Studente* (Marzo) in cui si presenta l'offerta didattica.
- *Porte Aperte all'Università* (Maggio, Luglio, Ottobre) in cui si presenta l'offerta didattica.



- *Progetta il tuo Futuro* (Febbraio) con illustrazione dell'offerta didattica e visite presso i laboratori didattici.
- *Open House* mensili.
- Presentazione dei corsi di laurea dopo il concorso.
- Progetto P.Or.T.A.

Le iniziative volte ad accertare i requisiti attitudinali alla professione medica sono molto meno numerose e riferite solo da due sedi. Esse sono:

- distribuzione di un questionario agli studenti dell'ultimo anno della Scuola secondaria superiore, per la valutazione dell'attitudine agli studi medici;
- colloqui di orientamento a chi ne fa richiesta.

Infine sono da menzionare le iniziative in collaborazione con i Docenti della Scuola secondaria superiore, volte all'approfondimento dei *saperi minimi*. Anche questo tipo di azione viene riferito da sole quattro sedi. Esse comprendono:

- programma di *orientamento in rete* che prevede lezioni aggiuntive, sugli argomenti del programma ministeriale oggetto dell'esame di ammissione, svolte nel corso degli ultimi due anni della Scuola secondaria superiore e, in modo intensivo, nelle due settimane precedenti il concorso di ammissione stesso. Queste lezioni sono svolte dagli stessi Docenti della Scuola, ma programmate insieme ai Docenti Universitari;



- collaborazione con gli Istituti che ne fanno richiesta.
- progetto P.Or.T.A. sottoprogetto I.U.S. (Integrazione Università Scuola);
- corso di orientamento e preparazione ai corsi a numero programmato.

Una politica dell'orientamento correttamente applicata alla Facoltà di Medicina, in sintonia con quanto dovrebbe prevedere idealmente l'accesso alla Facoltà, non può non comprendere al suo interno un'analisi sulle attitudini, le motivazioni e le qualità personali possedute dagli studenti che aspirano a diventare medici (Binetti e De Marinis, 2002¹; Familiari *et al.*, 2002 a⁴, b⁵). Come giustamente sottolineato da Binetti e De Marinis (2002)¹ *"il mondo accademico è generalmente d'accordo nel sottolineare quanto siano spiccate le carenze metodologiche degli studenti, e quanto appaiano velleitarie le loro aspettative di successo a breve termine. Entrambi i fattori sono causa di una forte frustrazione iniziale, che allontana dagli studi e in ogni caso non mette gli studenti in condizione di elaborare una adeguata percezione della loro self efficacy, sia pure in termini di pura potenzialità"*. Sempre per gli stessi Autori, un aspetto importante è quindi quello di *"ridurre il disorientamento iniziale, per trasformarlo in una consapevole esigenza di orientamento all'interno della scelta culturale e professionale effettuata"*. Deve essere quindi ribadita la difficoltà ad individuare correttamente, in giovani degli ultimi anni della Scuola secondaria superiore, un insieme di qualità e motivazioni che, in alcuni casi, possono essere fatte emergere come valori di responsabilità, competenza e libertà, solo attraverso un'analisi degli atteggiamenti e valide esperienze di tutorato dopo l'ingresso a Medicina (Binetti *et al.*, 1998; Bruni e Binetti, 2000²; Binetti e De Marinis, 2002)¹. Iniziative in questo senso, sino ad oggi molto scarse tra le Facoltà italiane come sopra evidenziato, debbono essere implementate, allo scopo di fornire nuovi dati di studio che siano utili a elaborare strategie più corrette da applicare a studenti della Scuola secondaria superiore.

Un altro campo della politica dell'orientamento correttamente applicata alla Facoltà di Medicina, in sintonia con il recupero del debito formativo, non può non prevedere la collaborazione con i docenti della Scuola secondaria superiore nel campo dei *saperi minimi* (Falaschi *et al.*, 2002)³. In genere, dai livelli di risposte esatte che possono essere rilevate nei test di ammissione a Medicina, si rileva che il programma ministeriale è troppo vasto rispetto alla

preparazione dei candidati (in misura maggiore per Fisica e Chimica rispetto agli altri argomenti). Questa osservazione dovrebbe rendere consapevoli gli studenti e i docenti delle scuole superiori sulla necessità di approfondire la loro preparazione su questi argomenti. Un progetto pilota di integrazione dei saperi minimi (Fisica, Chimica, Matematica, Biologia e Testistica) attivato nel 1999 dalle due Facoltà di Medicina dell'Università di Roma "La Sapienza" in collaborazione con sedici Licei romani, evidenzia come gli studenti che abbiano seguito le lezioni aggiuntive nel corso dell'ultimo anno di Scuola, hanno avuto poi un indice di successo ai test d'ingresso di Settembre 2000 pari a circa il 99% in termine di studenti ammessi (Falaschi *et al.*, 2002)³, e un buon indice di progressione negli studi dei primi due anni (Familiari e Falaschi, osservazioni non pubblicate).

Anche questo campo, ancora sistematicamente poco praticato in Italia, dovrebbe essere implementato, anche utilizzando la didattica a distanza, come attuato nell'anno accademico 2001-2002 dalle due Facoltà di Medicina di Roma "La Sapienza", sempre in collaborazione con i Docenti di sedici Licei. Il progetto (al sito internet: www.ospedalesantandrea.it), in parte svolto a distanza ed in parte in presenza, ha previsto, nel corso dell'ultimo anno della Scuola secondaria superiore, l'immissione in rete di moduli didattici (un modulo ogni settimana da Febbraio a Maggio) elaborati in collaborazione con i docenti delle scuole coinvolte, l'effettuazione di seminari e di attività tutoriali in presenza verso gli studenti all'interno delle singole scuole, la possibilità di dialogo attraverso un *tutor on-line*, l'esecuzione di test in ingresso, intermedi ed in uscita, e l'esecuzione di un corso estivo intensivo in presenza, nelle due ultime settimane precedenti al test di ingresso (Falaschi *et al.*, osservazioni non pubblicate).

L'ingresso a Medicina

L'ingresso alle Facoltà di Medicina statali in Italia è disciplinato dalla Legge 2 Agosto 1999 n. 264, ed è basato su un test unico predisposto da una Commissione ministeriale, svolto nello stesso giorno su tutto il territorio nazionale, con graduatoria locale per le singole facoltà, costituito da 80 quesiti a risposta multipla di cui una sola risposta esatta tra le cinque indicate, su argomenti di logica e cultura generale (26 quesiti), biologia (18 quesiti), chimica (18 quesiti), fisica e matematica (18 quesiti). Non è attualmente prevista la valutazione della car-

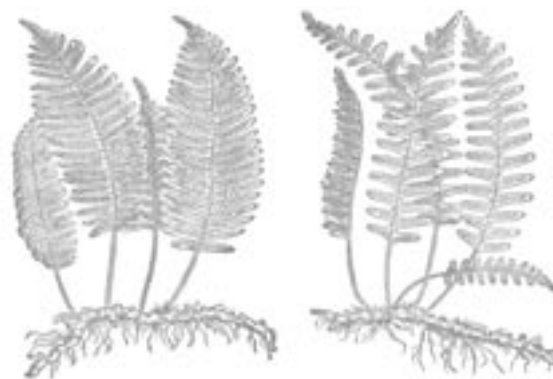
riera scolastica e del voto di maturità. Modelli di ammissione diversi sono tuttavia presenti nel territorio italiano, e si riferiscono al Campus Biomedico di Roma, all'Università Cattolica di Roma e al S.Raffaele di Milano.

Il *modello Campus Biomedico* prevede la valutazione del *curriculum* scolastico, la verifica delle conoscenze mediante l'utilizzo di quesiti a risposta multipla come previsto dalla legge, la verifica e l'approfondimento delle motivazioni attraverso un colloquio orale. La selezione avviene quindi non solo per le competenze ma anche per gli atteggiamenti, per il *setting* valoriale con cui gli studenti accedono alla Facoltà che possiede una specifica *mission* (Bruni e Binetti, 2000)².

Il *modello Università Cattolica* prevede la valutazione del curriculum scolastico, test scientifici come previsto dalla legge, tests psico-attitudinali e tests a forte impronta umanistica (cultura varia, inclusa informatica e religione; storia ed attualità; arte, letteratura e filosofia; intuizione e ragionamento) che sostituiscono il colloquio orale, prima effettuato. Tutti i test sono basati su domande a scelta multipla con una sola risposta esatta e predisposti su schede pronte per la lettura ottica e codice a barre. La valutazione finale su tutte le prove è effettuata mediante l'utilizzo del principio di Kendall (Galli *et al.*, 2002)⁷.

Il *modello S. Raffaele* prevede la valutazione del voto di maturità con peso relativo fino al 12% del punteggio massimo teorico, il superamento di un test di selezione comprensivo di cento domande a risposta multipla nelle discipline di Logica e cultura generale, Biologia, Chimica, Fisica e Matematica, con un peso relativo fino all'80% del punteggio massimo teorico, e il superamento di un test di lingua inglese, comprensivo di cinquanta domande a risposta multipla, con un peso relativo fino all'8% del punteggio massimo teorico.

Il Gruppo di Studio ha effettuato una ricerca nella letteratura internazionale (Familiari *et al.*, 2002a), ed un'analisi dei metodi utilizzati in Europa e negli Stati Uniti per l'ammissione alle Facoltà di Medicina (Garcia-Barbero, 1999)⁸. Contemporaneamente è stato distribuito un questionario cui hanno risposto trentasette Corsi di Laurea, per un campione rappresentativo pari all'80,4% del totale. Le indicazioni pervenute, confrontate con i dati internazionali, sono state discusse ed elaborate nelle riunioni della Conferenza che si sono tenute ad Ancona il 14 dicembre 2001 e a Bologna il 25 febbraio 2002. Ne scaturisce un documento approvato dalla Conferenza che è di seguito riportato (Familiari *et al.*, 2002a, b)⁴⁻⁵:



Nuove proposte in tema di ammissione al Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia sono necessarie nella considerazione che i nuovi corsi di Laurea Specialistica attivati hanno introdotto numerose innovazioni tali da richiedere l'adozione di mezzi di selezione più idonei nel sistema di reclutamento degli studenti. Nuove proposte debbono migliorare la correlazione tra tipologia della procedura selettiva e il prevedibile rendimento nel successivo curriculum formativo, e al pari debbono reclutare studenti che siano in grado di soddisfare meglio le caratteristiche che un buon medico deve avere.

Le proposte sono, in riferimento a quanto idealmente dovrebbe e potrebbe essere fatto, rappresentative di un livello di aggiornamento "essenziale" da applicare in sintonia con il rinnovo dei cicli scolastici della Scuola secondaria superiore. Esse rappresentano comunque la base per una ricerca tra le diverse Facoltà, in cui, i dati innovativi, che potrebbero essere raccolti già dal prossimo anno, non sono usati per la selezione, ma ai fini dell'orientamento per gli studenti ammessi.

Le proposte sono riportate nella tabella allegata:

Le proposte formulate sono in linea con l'esigenza, ben evidenziabile dalla letteratura internazionale (cf. Familiari *et al.*, 2002a⁴ per la bibliografia), di dover rendere i criteri per l'ammissione a Medicina più consoni a reclutare gli studenti non solo in base alle loro conoscenze di Biologia, Chimica, Fisica e Matematica, ma anche in base alle loro *qualità personali*, pur difficili da identificare in processi di selezione di massa come quelli per l'ingresso a Medicina (Binetti e DeMarinis, 2002)¹.

Il Debito formativo

Il censimento e la verifica del Debito formativo sono regolati dal comma 1 art. 6 DM 3.11.99 n° 509: *"I regolamenti didattici di ateneo, ferme restando le attività di orientamento, richiedono altresì il possesso o l'acquisizione di un'adeguata preparazione iniziale. A tal fine gli stessi regolamenti didattici definiscono le conoscenze richieste per l'accesso e ne determinano, ove necessario, le modalità di verifica, anche a conclusione di attività formative propedeutiche, svolte eventualmente in collaborazione con istituti di istruzione secondaria superiore. Se la verifica non è positiva vengono indicati specifici obblighi formativi aggiuntivi da soddisfare nel primo anno di corso. Tali obblighi formativi aggiuntivi sono assegnati anche agli studenti dei corsi di laurea ad accesso programmato che sono stati ammessi ai corsi con una votazione inferiore*

ad una prefissata votazione minima".

La nostra Conferenza ha inoltre approvato, nel documento del 29/01/2001 una "Proposta per il Regolamento Didattico del Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia" all'interno della quale sono formulate alcune proposte riguardanti il debito formativo che si riportano integralmente: *L'organizzazione didattica del CLSMC prevede che gli Studenti ammessi al 1° anno di corso possiedano un'adeguata preparazione iniziale, conseguita negli studi precedentemente svolti. Ciò premesso, tutti gli Studenti che hanno superato l'esame di ammissione al Corso di Laurea specialistica, rispondendo in modo corretto a meno della metà delle domande riguardanti i singoli argomenti di Matematica, Fisica, Chimica, Biologia e Genetica, sono ammessi con un debito formativo, per una o più di una delle discipline in questione, che sono tenuti a sanare prima di sostenere gli esami del 1° anno. Allo scopo di consentire l'annullamento del debito formativo, il Consiglio di Corso di Laurea Specialistica (CCLS) istituisce attività didattiche propedeutiche che saranno svolte*

HIPERICO



Proposte in tema di ammissione al Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia

1. Pubblicazione delle regole specifiche di ammissione con almeno 6 mesi/1 anno di anticipo sulla data stabilita per il concorso, allo scopo di rendere realmente utili le attività di orientamento degli Atenei nella acquisizione dei saperi minimi richiesti e poter consentire quindi a tutti i candidati che provengono da percorsi didattici diversi, e che abbiano una forte motivazione, di raggiungere il livello di preparazione richiesto.

2. Formulazione di quesiti di Biologia, Chimica, Fisica e Matematica meglio calibrati sulla base delle diversità dei programmi della Scuola media superiore nelle varie tipologie dei corsi che danno titolo a partecipare al concorso di ammissione. Tali quesiti dovrebbero avere un peso relativo non superiore al 50% della valutazione globale.

3. Possibilità dell'inserimento di quesiti sulla conoscenza linguistica dell'Inglese e dell'informatica, in considerazione della loro ormai innegabile importanza in un curriculum scientifico come quello medico. E' proposto, in ogni caso, un peso relativo non superiore a circa il 2-4% per ciascuna materia nella valutazione globale.

4. Formulazione di quesiti di logica e cultura generale di complessità più consona alla preparazione media dei candidati, in considerazione, anche in tal caso, delle diversità esistenti nella Scuola secondaria superiore. Si raccomanda, per tali quesiti, un peso relativo non inferiore al 30% della valutazione globale, in relazione alla loro importanza nel determinare le attitudini a risolvere i problemi e le capacità critiche dei candidati.

5. Considerazione del curriculum scolastico nell'ambito della valutazione totale, con una incidenza non inferiore al 10% della valutazione globale. In particolare si propone di valutare, ai fini dell'ammissione, il voto di maturità. Tale valutazione tiene, infatti, in debito conto, oltre al risultato della prova finale nelle diverse tipologie previste per l'accertamento della maturità raggiunta, anche dei crediti scolastici ottenuti negli ultimi tre anni sulla base del rendimento scolastico e di attività extrascolastiche frequentate con profitto dallo studente.

6. Considerazione, nella formulazione del punteggio totale, del metodo statistico dei ranghi, identificando una percentuale minima di risposte esatte da raggiungere nelle diverse sezioni del test pari ad almeno il 20% in ogni singola sezione. Tale metodo non si applica alle conoscenze linguistiche ed informatiche, in quanto non adeguatamente rappresentate in tutti i programmi della Scuola secondaria superiore.

7. Valutazione dell'adesione del candidato alla missione specifica del Corso (purché questa sia definita nei tempi dovuti) anche attraverso l'utilizzazione di quesiti proposti dalla singola sede sulla base del profilo specifico del Corso di Laurea previsto dall'art.12 comma 2 punti a-e del D.M. 509/99 e dell'art.3 comma 1 del DM 28.11.2000 e nel rispetto dell'autonomia e della competizione amministrativa degli Atenei.

a. Possibile utilizzazione, per quelle sedi che intendano avvalersene ai fini della selezione sulla base del loro specifico profilo formativo, di ulteriori metodi (test psico-attitudinali, valutazione dell'intelligenza sociale, breve saggio scritto, intervista strutturata, doppio colloquio ecc.) tendenti a valutare meglio la predisposizione dei candidati alle discipline del corso, anche se con un peso relativo limitato al 2-4% della valutazione globale. L'utilizzazione di tali metodi è comunque raccomandata, anche in riferimento ai soli studenti già ammessi, ai fini dell'orientamento, ed allo scopo di valutarne l'efficacia, nella realtà socio-culturale italiana. Questi metodi potrebbero essere utili per accertare, con maggiore accuratezza, le caratteristiche basilari che ogni candidato dovrebbe possedere per divenire un buon medico: integrità morale, senso etico, capacità a comunicare e a risolvere problemi, empatia, iniziativa, autocontrollo, entusiasmo e motivazione, capacità a lavorare in gruppo, tolleranza e pazienza.

b. Possibilità a poter confrontare, attraverso una ricerca nazionale a cura del Gruppo di Studio Orientamento ed Accesso a Medicina della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, i risultati degli studenti già selezionati nei due anni accademici precedenti, su base nazionale con il medesimo strumento, con i risultati raggiunti al termine del primo anno e del primo biennio. Queste fasi formative presentano entrambe delle criticità specifiche e la loro analisi potrebbe fornire importanti dati oggettivi quantificati della selezione almeno sotto il profilo cognitivo, mentre per quello relazionale sarebbe necessario più tempo e comunque mancherebbero i parametri di riferimento. Questi dati potrebbero essere di grande importanza per meglio comprendere le argomentazioni critiche elaborate in base a questioni di principio.

nell'arco del 1° semestre del primo anno di corso e che dovranno essere obbligatoriamente seguite dagli Studenti in debito. Tali attività didattiche propedeutiche saranno garantite da Professori di prima e di seconda fascia o da Ricercatori facenti parte del CCL, sulla base di un ampliamento del loro impegno didattico e tutoriale. La verifica dei risultati conseguiti nelle attività didattiche propedeutiche avverrà nell'ambito della valutazione dei corsi corrispondenti. Nelle sedi ove il CCLS è sostituito dalla Commissione Didattica alla stessa competenza tutte le funzioni attribuite al CCLS.

Allo scopo di valutare l'applicazione di queste norme, il Gruppo di lavoro ha distribuito un questionario nel 2001 a cui hanno risposto 28 Corsi su un totale di 46 per un campione rappresentativo pari al 60.8% del totale, distribuito su tutto il territorio nazionale.

I dati ottenuti sono riportati sinteticamente: il 76.2% dei Corsi ha adottato quanto a suo tempo stabilito dalla Conferenza nel Regolamento Didattico di Riferimento; il 62% dei Corsi assolve il debito formativo in Chimica, Fisica e Matematica e Biologia attraverso un pre-corso di durata variabile da una a quattro settimane, mentre il restante 38% effettua lezioni aggiuntive ed integrate ai relativi corsi durante l'anno; l'89,3% dei Corsi non prende in considerazione il recupero della "Logica", che viene invece riferito da tre sedi. Il 92,8% riferisce di utilizzare solo Docenti universitari per questo tipo di attività didattiche, mentre solo due sedi riferiscono di utilizzare docenti della Scuola media superiore selezionati; la verifica dell'assolvimento del debito formativo è prevista nell'ambito dei Corsi integrati dell'anno nel 67,9% dei Corsi, come verifica specifica nel 14,3%, mentre nel 17,8% è prevista una prova di autovalutazione o non è prevista nessuna verifica.

L'analisi dei dati evidenzia la scarsa considerazione che è data all'argomento "Logica", strettamente correlato alle competenze metodologiche in possesso dallo studente.

A tale riguardo, il Campus Biomedico di Roma propone una azione specifica proprio sull'affinamento delle competenze metodologiche (*life & learning skills*), raggiungibile attraverso un corso di metodologia di studio e sessioni tutoriali *ad hoc* (addestramento all'uso del PBL, ad esempio); tecniche informatiche per la consultazione di archivi; costruzione di schemi, mappe cognitive, ecc.; lezioni di epistemologia e logica nell'ambito dei due corsi di Antropologia e Introduzione alla medicina

e in altri corsi analoghi dedicati alla metodologia medico-scientifica e alle Scienze umane come suggerito anche da altre sedi (Roma La Sapienza e Padova), e con ampia utilizzazione del tutorato personale e *peer tutoring* (aiuto dei colleghi).

Ancora si evidenzia, dall'analisi dei dati, una scarsa attenzione verso la collaborazione con i Docenti della Scuola secondaria superiore. I Corsi di Laurea dovrebbero invece discutere e valutare con maggiore attenzione l'opportunità che questo rapporto di collaborazione sia implementato, anche se limitato solo ad attività didattiche all'interno di *pre-corsi* universitari, e limitato a Docenti che siano stati preventivamente formati e/o selezionati. Questo tipo di collaborazione più stretta con alcuni Docenti della Scuola secondaria superiore potrebbe rappresentare il punto di partenza concreto per ottenere una cooperazione più fattiva nell'ambito di tutte le attività di orientamento che si svolgono all'interno delle scuole.

Alcune considerazioni conclusive

Come si legge in un articolo apparso sul *Corriere della Sera* (6/09/2002), le Università pubbliche italiane, che nel 1997 avevano investito circa 600 mila Euro in pubblicità, hanno speso, lo scorso anno, una cifra superiore ai 10 milioni di Euro in pubblicità soprattutto a mezzo stampa. Dai dati riportati nello stesso articolo, fortunatamente non si evidenzia una diretta proporzione tra investimento pubblicitario e incremento degli studenti. Certamente il messaggio pubblicitario non incoraggia una scelta consapevole dello studente, ma al contrario, può rappresentare un falso messaggio in grado di disorientare lo studente verso scelte sbagliate. Deve essere ribadito con forza che non è con la pubblicità a mezzo stampa che si pratica orientamento, ma con una seria e articolata collaborazione con gli Istituti scolastici. Ogni Corso di Laurea in Medicina dovrebbe attivare una Commissione, costituita da Docenti motivati, dedicata all'orientamento ed ai rapporti diretti con le scuole.

Dalla lettura dei dati statistici ISTAT, pubblicati nel 2002, e concernenti la regolarità della carriera scolastica universitaria, le Facoltà di Medicina sembrerebbero essere meno interessate dai seri problemi che affliggono l'intero sistema universitario italiano. Infatti, solo il 3,2% degli studenti abbandona gli studi dopo il primo anno, su una media generale del 25,3% (a.a. 1999-2000); solo il 17,9% degli studenti è fuori corso, a fronte della media generale del 36,7% (a.a. 2000-2001); solo il 55,6% dei laureati ha conseguito il titolo come fuori corso, a fronte di una

media totale pari all'85,3% (anno 2000).

Pur considerando positivamente questi buoni riferimenti statistici, le Facoltà di Medicina dovrebbero comunque sentire l'esigenza a dover reclutare con più accuratezza gli studenti, anche se è difficile, oggi, stabilire quale può essere il valore predittivo di successo per *nuovi criteri di selezione* sulla base della scarsità di validi e ampi dati statistici di livello internazionale (Ferguson et al., 2002)⁶.

Questa esigenza è poi strettamente collegata all'impegno, che le stesse Facoltà di Medicina debbono avere, a non poter trascurare gli strumenti per fornire una visione unitaria della materia, a dover favorire il giusto rapporto medico-paziente, allo scopo di affrontare concretamente i problemi dell'assistenza socio-sanitaria, e per arrivare infine a quella umanizzazione della medicina che figura da anni al primo posto tra gli obiettivi della profes-

Della Scorpioide



ne medica (Sirchia, 2002)¹⁴.

Come già sopra evidenziato, anche le caratteristiche maggiormente "desiderabili", per uno studente di medicina, dovrebbero essere maggiormente legate alle qualità personali e meno alle conoscenze disciplinari specifiche (*Desirable student characteristics vs. percentage of academic staff rating each characteristic as important: 92% high level personal integrity; 89% high order communication skills; 82% a problem solver; 80% good empathy skills; 79% a critical thinker; 74% cope with stress; 74% initiative; 73% enthusiasm for medicine; 72% highly motivated; 71% good self discipline; 70% caring ethos; 69% racially tolerant; 67% high order study skills; 67% cope with ambiguity; 67% good English language skills; 66% work well in team situations; 62% undertake self appraisal; 61% a practical person; 61% lateral thinker; 57% willing to challenge ideas; 45% widely read; 43% self-confident; 37% sociable person; 35% sound understanding of day to day life of a doctor; 35% good science skills; 33% non-medical work experience; 29% supportive of less able students; 29% proficiency in language other than English; 27% involved in extracurricular activities; 27% experience hardship; 26% competitive; 22% high supportive family; 22% leadership potential; 14% exceptionally bright; 8% effective rote learner; 5% family tradition in medicine; 1% popularity with peers - Marley and Carman, 1999¹¹; We seek individuals who are conscientious and have integrity, who are empathic and motivated to become doctors and who are psychologically robust enough to enjoy a successful medical career - Hughes, 2002⁹).*

E' però molto complesso, anche in questo caso, stabilire con certezza i fattori associati al successo nelle diverse attività mediche (Ferguson et al.⁶, 2002); ed è anche su questa evidenza che si rendono necessari ulteriori studi che possano meglio indirizzare su scelte giuste di *politica dell'orientamento e dell'accesso* che potrebbero avere poi un'importanza cruciale nel processo di rinnovamento profondo che tutte le Facoltà hanno attivato. D'altro canto, l'attivazione di una collaborazione seria ed efficace con gli Istituti della Scuola secondaria potrebbe rendere più naturale e consapevole il passaggio degli studenti dalla Scuola all'Università, rendendo meglio attuabile la selezione su criteri non solo di conoscenza disciplinare specifica, ma meglio centrati sulle qualità personali.

Non deve infine mai essere dimenticato che la qualità della didattica di un Corso di Laurea, abbinata ad un processo di selezione rigoroso, è strettamente correlata alla qualità dell'assistenza sanitaria che verrà in seguito erogata.

La ricaduta sociale ed economica di un processo virtuoso di questo tipo non può che essere di grande importanza, ed è quindi doveroso, per tutto il mondo accademico, dedicarvi la giusta attenzione.

Ringraziamenti

Si ringraziano il Prof. Paolo Falaschi e la Dott.ssa Michela Relucenti per la loro preziosa collaborazione.

Bibliografia

1. Binetti P e DeMarinis MG. *La prospettiva pedagogica nella Facoltà di Medicina*. Società Editrice Universo, Roma, 2002.
2. Bruni R, Binetti P. Medici ed infermieri, ragioni di una scelta. *MEDIC*, 8: 12-18, 2000.
3. Falaschi P, Brienza L, Morisani ML, Familiari G. Orientamento e successo formativo. *MEDIC*, 10: 9-15, 2002.
4. Familiari G, Azzena GB, Binetti P, Bonomo L, Calatroni A, Casacchia M, DeAntoni E, Gallo P, Geremia R, Lenzi A, Maroder M, Negri M. Selezionare gli studenti delle Facoltà di Medicina, stato attuale e prospettive future. *Medicina e Chirurgia*, 17; 600-609, 2002.
5. Familiari G, Azzena GB, Binetti P, Bonomo L, Calatroni A, Casacchia M, DeAntoni E, Gallo P, Geremia R, Lenzi A, Maroder M, Negri M, Danieli G in collaborazione con P. Falaschi P, Relucenti M. Linee guida per la selezione degli studenti ai corsi di laurea specialistici in medicina e chirurgia. *MEDIC*, (accettato per la pubblicazione), 2002.
6. Ferguson E, James D, Madeley L. Factors associated with success in medical school: systematic review of the literature. *Brit Med J*, 324: 952-957, 2002.
7. Galli G, D'Abramo G, Marano P. Analisi e revisione delle prove di ammissione al Corso di Laurea in Medicina dell'Università Cattolica. *MEDIC*, 10: 58-66, 2002.
8. Garcia-Barbero M. *Medical Curricula in European Countries*. Published by WHO European Center for Integrated Health Care Services, Barcelona, Spain, 1999.
9. Hughes P. Can we improve on how we select medical students? *Royal Soc Med*, 95: 18-22, 2002.
10. Jones R, Higgs R, de Angelis C, Prideaux D. Changing face of medical curricula. *The Lancet*, 357: 699-703, 2001.
11. Marley J, Carman I. Selecting medical students: a case report of the need for change. *Medical Education* 33: 455-459, 1999.
12. Panza P. Università, caccia agli studenti a colpi di spot. *Corriere della Sera*, 6 settembre 2002.
13. Powis D. How to do it. Select medical students. *Brit Med J* 317; 1149-1150, 1998.
14. Sirchia G. Il Medico ideale che i pazienti sognano. *La Repubblica*, 29 Giugno 2002.
15. Tutton P and Price M. (Editorial) Selection of medical students. Affirmative action goes beyond the selection process. *Brit Med J* 324; 1170-1171, 2002.
16. WFME Task Force on Defining International Standards in Basic Medical Education. *Medical Education*: 34, 665-675, 2000.

HIPERICO



ASCHIRO



Il Core curriculum degli studi medici Il suo significato e qualche suggerimento per costruirlo ed applicarlo

Luciano Vettore (*Verona*), Antonio Gaddi (*Bologna*), Aldo Tomasi (*Modena*)
con la collaborazione di Giovanni Delrio (*Napoli, II Facoltà*), Luigi Murri (*Pisa*), Alfred Tenore (*Udine*), Oreste Terranova (*Padova*)

Alla conclusione di un percorso lungo e accidentato, che aveva dato vita in 10 anni a tre versioni successive della famigerata Tabella XVIII, la riforma degli studi medici è finalmente approdata alla definizione di un ordinamento didattico della Facoltà di Medicina, che condivide alcune caratteristiche costitutive essenziali con tutte le Facoltà universitarie italiane; ci riferiamo ai così detti Decreti d'Area, figli delle norme sull'autonomia didattica degli Atenei, che si fondano sui seguenti elementi qualificanti (qui riferiti schematicamente al laureato in Medicina):

a) la definizione preliminare del profilo culturale e professionale del futuro medico;

b) l'attribuzione degli ambiti disciplinari ad attività formative differenti:

- attività formative finalizzate a fornire le conoscenze culturali di base, purché indispensabili alla comprensione e all'acquisizione delle competenze professionali;

- attività caratterizzanti la formazione professionale del medico negli ambiti clinico, preventivo, organizzativo e normativo;

- attività affini e integrative, cioè non irrinunciabili per la formazione professionale del medico, ma tali da consentire agli studenti un ambito di scelte culturali elettive e ai singoli Atenei l'espressione - nello spirito dell'autonomia didattica - di peculiarità formative specifiche;

c) l'interruzione del rapporto vincolante tra titolarità disciplinare e corso d'insegnamento, resa palese dall'introduzione ripetuta in più ambiti disciplinari dei medesimi settori scientifico-disciplinari, perché l'appartenenza di ogni docente a un settore ne identifica la competenza didattica e scientifica, ma non sancisce in alcun modo il suo diritto-dovere a gestire in prima persona e in totale autonomia un *proprio* corso d'insegnamento disciplinarmente definito;

d) la delimitazione chiara e oggettiva dei contenuti da apprendere, con riferimento esplicito al tempo di apprendimento effettivamente disponibile per gli studenti e misurato dai crediti: ciò non lascia più alla decisione arbitraria dei singoli docenti l'ampiezza anche temporale dei contenuti che ciascuno desidera insegnare e che conseguentemente gli studenti dovrebbero apprendere; in altri termini viene sancito il principio che le dimensioni del contenitore (tempo dello studente) limitino la quantità dei contenuti, scelti allora in relazione alla loro importanza, che a sua volta va definita esclusivamente nel rispetto oggettivo dei reali bisogni formativi.

Il core curriculum, una sfida stimolante

Come primo impegno è importante accordarsi sul significato comune della terminologia. E allora cosa significa il termine anglo-latino di *core curriculum*? è il complesso di *contenuti essenziali* (conoscenze, competenze, abilità e comportamenti) che *tutti* i neo-laureati *debbono* avere acquisito in modo completo e stabile per l'esercizio *iniziale* della professione, e che costituiranno le fondamenta della loro formazione permanente; in altri termini dovrà contenere la quota di informazioni comuni a tutti i giovani medici (di qualsiasi sede), che consentono il raggiungimento degli obiettivi formativi qualificanti la classe (DM 509 e 168) e il superamento dell'Esame di Stato, rendendo logicamente conseguente che quest'ultimo valuti proprio l'acquisizione delle competenze previste per l'appunto dal core.

La definizione chiara di un *core curriculum* nazionale porterà in un futuro sperabilmente prossimo al



confronto con i *core* degli altri Paesi dell'Unione Europea, così da facilitare su basi credibili la libera circolazione degli studenti e poi dei medici e il riconoscimento effettivo dei titoli di studio in Europa, in quanto sarà possibile stabilire oggettivamente parti comuni dell'insegnamento della medicina nelle diverse sedi europee.

A questo punto sorge la prima domanda: da dove partire per costruire un *core curriculum*? La risposta più logica sembra la seguente: dai bisogni prevalenti di salute presenti nella popolazione assistita e dal "profilo" dei professionisti che dovranno rispondere a tali bisogni. Proprio questa risposta era stata delineata con il metodo di definizione degli obiettivi educativi oltre trent'anni or sono nella celeberrima *Guida Pedagogica* di J.J. Guilbert⁽¹⁾.

Per obiettivo educativo specifico (OES) s'intende ciò che lo studente deve diventare capace di realizzare grazie all'apporto del corso; l'OES rappresenta quindi uno strumento per definire in modo uniforme e funzionale i contenuti dell'apprendimento e per individuare tra questi quelli irrinunciabili e quelli accessori; la sua definizione chiara prima che vengano posti in atto i presidi didattici necessari al suo conseguimento finalizza l'impegno dello studente nella misura in cui proprio il conseguimento viene successivamente valutato all'esame. Ma che cosa sono gli OES ritenuti irrinunciabili se non gli elementi costitutivi del *core curriculum*? Sulle loro caratteristiche rinviamo i curiosi e gli smemorati a ciò che abbiamo già scritto⁽²⁾.

La pianificazione dei programmi didattici in termini di obiettivi educativi e di *core curriculum* rappresenta teoricamente la strada maestra, ma è un'operazione oggettivamente difficile e rischia di restare solo formale se manca la competenza pedagogica dei docenti; in particolare, definire il *core curriculum* in termini di obiettivi educativi significa passare finalmente dai programmi d'insegnamento ai programmi di apprendimento, e ciò vuol dire effettuare una rivoluzione culturale di portata copernicana perché al centro del sistema educativo lo studente va a sostituire il docente.

Tutto ciò non si realizza certo con un colpo di bacchetta magica e come ogni cambiamento richiede gradualità e un approccio amichevole, cioè facilmente comprensibile e condivisibile. Se la strada guilbertiana della definizione degli OES si è dimostrata così impervia nelle nostre Facoltà, nell'impresa può forse risultare di qualche utilità il percorrere le strade già battute da altri con risultati positivi, pur adattando le scelte locali alle abitudini più radicalmente consolidate.

La via italiana al core curriculum^(2, 3, 4, 5)

Prendendo spunto dalla *Blueprint* olandese⁽⁶⁾ e dagli *Euroskills*⁽⁷⁾, da oltre un anno la Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina *in primis*, e subito dopo anche la Conferenza dei Corsi di Laurea delle altre Professioni sanitarie, hanno intrapreso un'opera di ampio respiro per definire i propri *core curriculum*.

L'aderenza alle norme vigenti ha innanzi tutto imposto un *core* che mirasse alla formazione armonica delle differenti tipologie di Professionisti della Salute, ben definite nei profili professionali indicati dai decreti d'area, e quindi non rappresentativa della sommatoria dei programmi d'insegnamento delle singole discipline. Proprio in questa ottica si è voluto riconoscere il significato intrinseco dei settori scientifico-disciplinari, che identificano la qualificazione scientifica dei singoli docenti che vi appartengono e non la delimitazione autarchica del loro ambito individuale d'insegnamento in termini disciplinari: perciò si è posto cura nel distinguere dagli ambiti disciplinari tradizionali i numerosi ambiti culturali cui far afferire i numerosissimi obiettivi didattici del *core* (ivi denominati *unità didattiche elementari*: si veda oltre); e si è considerato possibile - anzi auspicabile - che ad ogni ambito culturale concorressero - ogni qual volta ciò fosse ragionevole - più settori scientifico-disciplinari, così da garantire alle attività d'insegnamento e di apprendimento la ricchezza che deriva dall'integrarsi di molteplici e variegate competenze scientifiche e culturali e di diverse personalità di docenti; si spera infatti che tale impianto abbatta finalmente gli steccati tra domini della scienza e della conoscenza spesso artificiosamente separati, consentendo la feconda integrazione delle scienze di base, di quelle più strettamente biologiche e di quelle cliniche nella formazione di professionisti capaci di rispondere alle necessità effettive della Società, in quanto pronti a coniugare il metodo scientifico e la conoscenza aggiornata delle scoperte e delle tecnologie bio-mediche con il metodo e con le applicazioni della clinica.

Il secondo punto qualificante del *progetto core* italiano è rappresentato dalla definizione di alcuni indicatori significativi, capaci di descrivere le caratteristiche salienti dei singoli obiettivi, cioè dei contenuti dell'apprendimento. Questi ultimi vengono presentati in un modo formalmente differente dai classici obiettivi educativi specifici di derivazione guilbertiana, cercando così di aggirare le difficoltà che ne hanno compromesso l'utilizzazione nelle Facoltà mediche italiane.

Pertanto i contenuti dell'apprendimento sono stati denominati *Unità didattiche elementari* (UDE), intendendo con tale termine le singole offerte didattiche unitarie per contenuto, ciascuna equivalente a uno o più obiettivi didattici specifici tra loro complementari e concatenati. Deve risultare assolutamente chiaro che una UDE *non coincide* con una lezione tradizionale su un argomento analogo a quelli che s'incontrano usualmente nei programmi d'insegnamento: al contrario, ogni UDE può svilupparsi - in stretta coerenza con la tipologia del suo contenuto - nelle forme didattiche più diverse: seminario, didattica tutoriale a piccoli gruppi, apprendimento per problemi, esercitazione, apprendimento sul campo, ecc. (e quindi *anche* come lezione), in funzione soltanto dell'efficacia del processo di apprendimento/insegnamento; inoltre ogni UDE può coincidere con un possibile argomento/quesito d'esame e deve essere espressa in modo che sia oggettivamente verificabile il suo apprendimento.

Infine, le caratteristiche di ogni UDE sono rappresentate, come si diceva poc'anzi, mediante indicatori qualitativi, finalizzati a definirne analiticamente le modalità di apprendimento (e conseguentemente anche le metodologie d'insegnamento e di valutazione). Di seguito si riporta l'elenco di tali indicatori caratterizzanti ogni UDE:

- 1) La conoscenza teorica richiesta per lo specifico contenuto può essere generale e consistere nella capacità d'inquadrare l'argomento all'interno delle conoscenze complessive (per es., cardiopatie congenite) o approfondita (per es., insufficienza coronarica).
- 2) La competenza che lo studente deve acquisire può essere solo mnemonica (per es., la gram positività o negatività dei batteri), oppure può essere anche applicativa, cioè richiedere l'applicazione della conoscenza alla soluzione di problemi (per es., la scelta terapeutica dell'antibiotico in relazione all'agente etiologico presunto o dimostrato in un'infezione); nel caso sia richiesta una competenza applicativa, questa può essere solo indiretta, cioè lo studente deve aver almeno assistito alla soluzione di questo tipo di problemi (per es., la decisione sull'impianto di un *pacemaker*); oppure diretta, cioè lo studente deve saper risolvere questi problemi da solo (per es., sospettare un addome acuto o prescrivere i test diagnostici indicati nel sospetto d'infarto miocardico).
- 3) L'abilità sottesa a ogni UDE può essere prevalentemente cognitiva (per es., interpretare dati laboratoristici o proporre ipotesi diagnostiche differenziali), oppure può richiedere abilità operative di natura gestuale (per es., delimitare percussoriamente le basi polmonari) o relazionale (per es., spiegare a un paziente la posologia di una prescrizione terapeutica): sia per le abilità cognitive (per lo più metodologiche), sia per quelle operative, può richiedersi che lo studente le abbia solo visto esercitare (per es., l'esecuzione di una gastroscopia), oppure debba averle praticate personalmente almeno una volta sotto la guida di un tutore (per es., la sutura di una ferita superficiale), o infine sia in grado di praticarle personalmente in modo autonomo e quindi abbia acquisito nei loro confronti una confidenza sufficiente per esercitarle in modo routinario (per es., misurare la pressione arteriosa omerale). Ovviamente, tutti i gradi di profondità richiesti nella realizzazione di questi obiettivi "pratici" (nonché la corrispondente abilità da dimostrare all'esame) presuppongono l'acquisi-

zione *anche* dei gradi precedenti: infatti, non è concepibile che si esegua routinariamente un'azione senza averla esercitata più volte personalmente, senza averla vista esercitare e senza conoscerne i presupposti teorici essenziali. Si noti inoltre come ogni UDE operativa corrisponda a un'azione che lo studente deve dimostrare di saper compiere all'esame nei limiti previsti per quel contenuto.

4) La delimitazione del contenuto da apprendere e quindi il tipo di conoscenza da acquisire possono per alcune UDE limitarsi ai fondamenti o principi teorici, oppure alle basi sperimentali dei processi; in altri consistono nell'interpretazione fisiopatologica di processi, oppure nella descrizione sistematica delle conoscenze; in altri possono riguardare la conoscenza, oppure la pratica di tecniche; in altri ancora richiedono l'effettuazione di processi di diagnosi, di diagnosi differenziale e/o di prognosi; in altri, infine, possono coincidere con la soluzione di problemi clinici o con l'assunzione di decisioni diagnostiche, terapeutiche, ecc.

Come gli esempi appena riportati testimoniano chiaramente, la scelta e la caratterizzazione delle UDE sono relativamente semplici per l'apprendimento dei contenuti di natura clinica, ma sono richieste anche per i contenuti di natura biologica; pure su questo argomento rinviamo a quanto abbiamo scritto nell'articolo già citato⁽²⁾.

Conseguenze e possibili evoluzioni del progetto core italiano

Innanzitutto le caratteristiche delle UDE consentono d'identificare:

- a) gruppi di unità didattiche omogenee tra loro per tema d'interesse (tema omogeneo), utili per integrazioni sia orizzontali che verticali dei contenuti curriculari;
- b) ambiti culturali in cui possono confluire più temi





omogenei (non coincidenti con un unico settore scientifico-disciplinare, ma anzi valorizzati dall'apporto didattico di più settori, anche disciplinari e a rami e distanti); hanno il solo scopo di facilitare la pianificazione temporale delle attività didattiche in funzione delle relazioni esistenti tra i loro contenuti, per aiutarne l'apprendimento.

Inoltre si spera che la definizione analitica delle UDE funga da

catalizzatore di una serie di processi "virtuosi" già in altre occasioni ricordati^(2, 3) e così riassumibili:

- obbliga i pianificatori del *core curriculum* a prendere in considerazione separatamente i differenti tipi di obiettivi, che richiedono tipi di abilità piuttosto differenti (cognitive, motorie o comportamentali);
- rende necessario uno sforzo analitico nel quale si produca e si esamini criticamente un elenco di "contenuti" di differente natura (intellettiva, gestuale o psico-relazionale), tutti comunque concorrenti a costruire la competenza professionale;
- contemporaneamente richiede che si decida oculatamente quale grado di capacità sia ragionevole chiedere al neolaureato nel realizzare ciascun obiettivo, con riferimento stringente all'uso effettivo dell'abilità corrispondente nell'esercizio professionale iniziale;
- sul piano didattico indirizza i docenti nella scelta più appropriata delle metodologie sia didattiche che valutative e ha ricadute importanti proprio sul modo di valutare il conseguimento di ciascun obiettivo, ma anche sul modo di apprenderlo e d'insegnarlo, mentre presenta l'ulteriore merito di rendere esplicite in anticipo allo studente le "regole del gioco".

Naturalmente, affinché queste conseguenze positive non restino al puro stato intenzionale è indispensabile che il *core curriculum* venga utilizzato come lo strumento fondamentale della pianificazione didattica in tutte le Facoltà mediche italiane, pure nel pieno rispetto della loro autonomia fondata sulle risorse umane, scientifiche e culturali peculiari a ciascuna.

Ciò significa che ciascun CdL, selezionate o modificate le UDE nel modo che riterrà più congeniale alla propria *mission*, dovrà - in coerenza con le proprie scelte - decidere:

- le modalità più appropriate di apprendimento che la singola UDE richiede (didattica impartita; studio indipendente; didattica autogestita in piccolo gruppo)
- il tipo di attività didattiche più adatte all'apprendimento dei contenuti della differenti UDE: lezione *ex cathedra* o seminario, attività a piccoli gruppi, attività tutoriale, esercitazione, dimostrazione, ecc.;
- la quantità e la qualità delle risorse umane e strutturali necessarie;
- il numero di studenti ai quali può garantire - proprio grazie a tali risorse - una formazione adeguata;
- la modalità più appropriata di verifica dell'apprendimento previsto per ogni UDE: esame orale, scritto, pratico, misto, con simulazione, ecc., e le caratteristiche della prova di valutazione (certificativa, formativa, autonoma, idoneità, solo registrazione della frequenza).

Un elemento essenziale alla costruzione di un vero *core curriculum* sarà peraltro anche la definizione oggettiva della rilevanza di ogni UDE nel processo formativo complessivo, per facilitare la gerarchizzazione dei contenuti in tempi didattici prestabiliti, che *non* sono dilatabili: quando le dimensioni temporali del contenitore curriculare (tempo studente) saranno esaurite, "a fortiori" - per evitare il "traboccamento" - si dovrà interrompere l'introduzione di nuovi contenuti didattici (obiettivi o UDE), escludendo o eliminando inesorabilmente quelli che rispondono in modo meno rilevante ai bisogni formativi essenziali.

Complementare a tale processo sarà la determinazione del tempo necessario allo studente per conseguire un apprendimento soddisfacente e duraturo, cioè il calcolo dei crediti didattici da attribuire a ciascuna UDE, comprensivo dei tempi - differenti per ogni tipologia di UDE - da dedicare all'attività di insegnamento e rispettivamente all'apprendimento individuale (studio autonomo) e di gruppo. Tutto ciò

richiede che sia ben chiaro il significato del *credito formativo*⁸⁾, che nelle nostre Facoltà viene ancora erroneamente confuso con le ore assegnate alla didattica dei singoli docenti.

Si ricorda pertanto - fino al rischio di essere noiosi - che il credito misura il tempo totale speso dallo studente per apprendere una porzione definita di contenuti e non l'importanza della disciplina, né tanto meno quella del Docente; mediamente 1 credito corrisponde a 25 ore di apprendimento dello studente, comunque realizzato.

Il calcolo dei crediti diviene indispensabile per distribuire in modo equilibrato nel tempo dello studente le attività didattiche; i contenuti che eccedono dal tempo effettivamente disponibile (60 crediti all'anno, pari a 1500 ore, cioè mediamente a circa 7 ore complessive al giorno per 5 giorni alla settimana per 10 mesi all'anno) dovranno venire fatalmente esclusi dal *core curriculum* ed essere eventualmente messi in competizione con altri contenuti di analogo "livello" sotto forma di obiettivi opzionali, cioè lasciati alla libera scelta degli studenti nel contesto delle attività didattiche elettive, che pure godono di una quota riservata di tempo, sempre misurata da un'aliquota dedicata di crediti.

A ciò faranno seguito:

- 1) L'accorpamento delle UDE omogenee in corsi e la somma dei loro crediti così da consentire il calcolo del tempo medio speso dagli studenti per apprendere i contenuti del corso necessari a superarne l'esame; in tale ottica - lo riassume - le UDE corrispondono al programma d'esame fondato sugli obiettivi dell'apprendimento.
- 2) L'attribuzione dei compiti didattici ai docenti in relazione alla loro competenza e disponibilità.
- 3) La distribuzione armonica e funzionale dei corsi nei semestri, in relazione alla natura dei contenuti e all'equilibrio dei tempi.
- 4) L'integrazione orizzontale e verticale dei corsi in percorsi razionali, secondo le scelte pedagogiche di ciascun CdL.
- 5) L'armonizzazione dell'apprendimento in un progetto pedagogico di educazione professionale e umana "globale", alla quale concorre con un ruolo sostanziale l'apporto delle "scienze umane".

Se sono rose fioriranno, ma non c'è rosa senza spine!

Credo che sia oggettivamente difficile dubitare del valore pedagogico di tutto il processo sopra descritto per la preparazione, l'applicazione e l'aggiornamento del *core curriculum*, valore che deriva essenzialmente dal riconoscimento in esso della piena cen-

tralità dello studente e della funzione docente come servizio per garantire come beni primari l'appropriatezza e la facilitazione dell'apprendimento e quindi la formazione dei discenti.

Sarebbe ingenuo non attenderci l'insorgere di ulteriori difficoltà e la persistenza di resistenze, purtroppo in gran parte imputabili all'incrollabile convinzione di molti docenti dell'importanza prioritaria del proprio insegnamento.

Ci sembra anche illusorio che tali resistenze vengano spontaneamente vinte, fino a quando la pianificazione sarà lasciata alla libera espressione delle richieste autoreferenziali dei singoli docenti, individualmente legittime ma purtroppo non sempre moderate dal fine comune dell'eccellenza didattica, che si può realizzare soltanto nell'armonia dell'organizzazione integrata.

Anche in altre occasioni, peraltro rimaste *vox clamantis in deserto* è stato suggerito un rimedio dimostratosi efficace in tutti i Paesi nei quali si è realizzata un'effettiva innovazione degli studi medici⁹⁾: ci riferiamo all'attribuzione dei compiti di pianificazione *non* a commissioni didattiche con fini esclusivamente negoziali, e perciò rappresentative degli interessi individuali o di gruppo dei docenti, bensì a *commissioni tecnico-scientifiche di programmazione didattico-pedagogica*, peraltro previste anche dalla proposta nazionale di regolamento didattico per le Facoltà di Medicina; si tratta di commissioni costituite in buona parte da professionisti esperti in processi dell'apprendimento (pedagogisti, psicologi, esperti della comunicazione, epistemologi, ecc. reclutati se necessario come consulenti esterni e quindi non tutti obbligatoriamente docenti universitari della Facoltà di Medicina; nei confronti di queste commissioni di Facoltà i docenti di contenuto delle singole discipline dovrebbero esercitare il ruolo irrinunciabile di referenti esperti e di consulenti, ma non di decisori autonomi.

Ovviamente affinché il sistema funzioni è indispensabile che a tali commissioni sia riconosciuta l'autorità effettiva per programmare, decidere e attribuire poi ai singoli docenti, pur sempre con il loro consenso esplicito, i compiti didattici individuali, definiti con precisione nei contenuti, nei tempi e nelle metodologie.

Condizione preliminare necessaria, anche se non sufficiente, è l'accettazione del progetto da parte della maggioranza del corpo accademico: non è un obiettivo facile da raggiungere, che richiede chiarezza nelle proposte, pazienza nel renderle esplicite, alfabetizzazione pedagogica e capacità pressante d'iniziativa da parte dei responsabili accademici; se non

sarà sufficientemente efficace la capacità “interna” di convincimento, lo saranno forse maggiormente l'esempio dei risultati ottenuti negli altri Paesi europei e le discriminazioni cui la comunità internazionale sottoporrà il prodotto delle nostre istituzioni formative, se queste non sapranno adeguarsi agli standard di qualità della *medical education*.

Nella fase di avvio e consolidamento del processo di riforma le Conferenze permanenti dei Presidenti di CdL stanno generosamente offrendo alle Facoltà alcune linee generali comuni d'indirizzo programmatico; tuttavia, ogni Facoltà deve imparare a pianificare in modo autonomo il proprio impegno formativo in relazione alla propria *mission* e alla peculiarità delle proprie risorse, perché l'acquisizione di nuove risorse nel futuro dipenderà quasi certamente anche dalla valutazione di qualità dell'offerta formativa, misurata comparativamente in base alla qualità dei laureati delle varie Sedi (per esempio attraverso la nuova modalità di effettuazione oggettiva e “centralizzata” dell'Esame di Stato), e ciò comporterà la competizione tra Facoltà per l'eccellenza didattica.

Questa prospettiva salda in una continuità logica e realizzativa il *core curriculum* al nuovo Esame per l'Abilitazione all'esercizio professionale: infatti se il primo delimita le aree di conoscenza e competenza irrinunciabili per il neolaureato in Medicina, il secondo ha il compito naturale di verificare il grado di acquisizione di queste conoscenze e competenze, e quindi i suoi contenuti dovranno attenersi strettamente a esse. Affinché ciò si verifichi nel modo migliore la Conferenza Permanente dei Presidenti di CdLS in Medicina ha dato vita a un progetto sperimentale di preparazione e applicazione delle domande a scelta multipla che costituiranno le prove nazionali dell'Esame di Stato sulle conoscenze precliniche e cliniche, così da mettere a disposizione delle Autorità competenti al momento opportuno gli elementi utili per un'attuazione efficace e pedagogicamente adeguata della nuova normativa.

Bibliografia

- 1) Guilbert J.J.: *Guida Pedagogica per il personale sanitario* - Quarta edizione italiana - 2002 a cura di G. Palasciano e A. Lotti - Eds.: Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra; Centro Interdipartimentale di Pedagogia delle Scienze della Salute, Università degli Studi di Bari - Edizioni del Sud, Modugno (Ba)
- 2) Vettore L., Scandellari C.: Come individuare le competenze essenziali per conseguire la laurea in Medicina? Una proposta di metodo. *Medicina e Chirurgia* 15: 518-25, 2000
- 3) Tomasi A., Gaddi A., Vettore L.: Il *core curriculum* degli studi medici. *Medicina e Chirurgia* 16: 566-73, 2001
- 4) Tomasi A.: Risultati del lavoro di revisione della Commissione *core curriculum*. *Medicina e Chirurgia* 17: 599, 2002
- 5) Gaddi A., Tomasi A., Vettore L.: *Core curriculum* del Corso di Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia - Suggerimenti e considerazioni per la sua utilizzazione. *Medicina e Chirurgia* 18: 632-38, 2002
- 6) Metz J.C.M., Stoelinga G.B.A., Pels Rijcken E.H., van den Brand B.W.M.: *Blueprint 1994: Training of doctors in The Netherlands - Objectives of undergraduate medical education*. Published by: University Publication Office - University of Nijmegen, The Netherlands. Per il curriculum aggiornato al 2001 vedasi il file <curriculum.pdf> scaricabile dal sito dell'Università di Maastricht: <http://www.unimaas.nl/search/default.asp>
- 7) Tempus “Eurosills” project - SJEP 11460-96 - Training of doctors
- 8) Vettore L.: I crediti, oggetti misteriosi. *Boll Soc It Med It di Medicina Interna* 4: 20-24, 2001
- 9) Vettore L.: Chi può e deve pianificare la didattica? Una proposta “sconcertante”. *TUTOR* 1:114-19, 2001



Seminari, un'innovazione del *core curriculum*

Saverio Cinti (*Ancona*)

Il dovere del Professore Universitario è quello di produrre una buona ricerca e, conseguentemente, una buona didattica. Entrambe queste attività dovrebbero ricevere tutta la nostra devozione e impegno. Spesso tuttavia l'enorme impegno richiesto per fare una ricerca competitiva a livello internazionale ci "distrarre" dall'impegno didattico. Occorre quindi ricordare a noi stessi la pari dignità delle due attività e collaborare con i Colleghi anche a questo duplice fine: fare buona didattica e stimolare ad impegnarci, magari collegialmente, per essa.

Il nuovo ordinamento ci offre una grande opportunità a questo proposito: i seminari detti "multidisciplinari".

Il nostro corso di laurea ha definito questi seminari come attività didattica fondamentale inserita nell'ambito del programma di insegnamento proprio di ciascun corso.

Essi devono rappresentare un momento didattico collegiale che integra le potenzialità collaborative tra i docenti dei diversi corsi. In particolare si sono voluti esaltare due aspetti della collaborazione didattica multidisciplinare che sono: la collaborazione tra clinici e biologi e la collaborazione tra clinici di diverse discipline.

Il nostro corso di laurea, infatti, ha stabilito che nel primo triennio si tengano seminari clinico-biologici e nel secondo triennio seminari clinico-interdisciplinari.

Seminari clinico-biologici

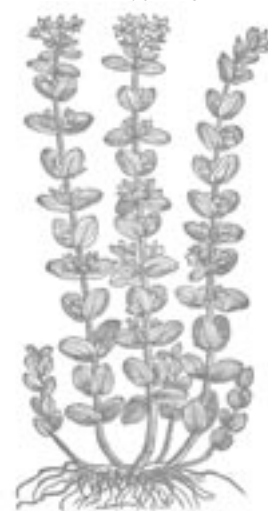
La denominazione di questi seminari non a caso pone per primo il termine clinico a sottolineare che l'orientamento di questi seminari deve essere prioritariamente clinico. Essi sono organizzati dai coordinatori di corsi biologici, ma devono avere una impronta ad orientamento clinico. Infatti lo scopo principale di questi seminari è quello di evidenziare come problemi diagnostici o terapeutici o comunque clinici che dovrà affrontare il medico nella sua attività professionale hanno, nella materie di base, un supporto culturale indispensabile. Ciò favorirà l'interesse degli studenti verso argomenti solo apparentemente lontani dalla professione scelta al momento della iscrizione al corso di laurea in medicina e chirurgia. È interessante notare come nella prestigiosa

Scuola di medicina dell'Università di Harvard questa tecnica di insegnamento viene adottata in sostituzione della didattica tradizionale. Un esempio di "lezione" che mi venne fatto circa venti anni fa dal loro anatomico Prof. Elio Raviola riguardava il caso clinico di un signore con un dolore acuto a carico dell'articolazione del ginocchio. Dopo due ore di discussione sui sintomi, segni e altri dati clinici di fronte agli studenti del primo anno che seguivano il corso di anatomia, il messaggio "forte", sicuramente incisivo, che recepivano quegli studenti era che, a prescindere dalla diagnosi, che in quel momento non li riguardava, per il medico è essenziale sapere l'anatomia del ginocchio. Il risultato pratico era che gli studenti correvano a studiare l'anatomia del ginocchio consapevoli che il loro sforzo era indispensabile per la loro futura attività clinica. Naturalmente questi segnali incisivi devono, a mio avviso essere accompagnati da una didattica "tradizionale" che guidi lo studente nello studio di quella anatomia, mentre in quella Università quel seminario sostituiva completamente la didattica tradizionale. A mio parere, questo atteggiamento didattico era loro (ai docenti) consentito per due motivi fondamentali: primo perché gli studenti della scuola medica di Harvard sono superselezionati (200 su 5000 domande), secondo perché questi studenti pagano circa 50 mila dollari all'anno di tasse, quindi questi due ulteriori "stimoli" garantiscono comunque una eccellente pre-

HIPERICO



ASCHIRO



parazione finale, infatti la loro percentuale di respinti all'esame di anatomia è di circa lo zero %.

Da non sottovalutare anche un altro obiettivo di questo riferimento stretto tra la clinica e la biologia, questa volta più diretto ai docenti che ai discenti: porre molta attenzione a non scivolare troppo verso la parte specialistica dei nostri insegnamenti di base, che spesso si allontana da quella che dovrebbe formare la base utile per l'apprendimento delle materie cliniche.

Seminari clinico-interdisciplinari

Obiettivo fondamentale di questi seminari è quello di evidenziare come sia sempre più indispensabile nella medicina moderna una stretta collaborazione tra le diverse discipline. Per quanto rimangano indispensabili i momenti di visione olistica dei problemi clinici (per questo permangono nell'ordinamento diversi corsi sia nella medicina che nella chirurgia ad impronta generalista) l'orientamento del clinico, dettato dall'avanzamento delle conoscenze e quindi dagli orientamenti della ricerca, non può che essere sempre più specialistico. Per questo motivo risulta più che necessario il confronto, la cooperazione, il lavoro di *équipe*.

Lo studente deve essere indirizzato a comprendere che questi incontri tra specialisti diversi sono ormai momenti fondamentali della moderna medicina. Il ritmo sempre più frenetico dell'attività medica rende difficile la meditazione collegiale dei problemi, ma lo sforzo organizzativo e il contenuto pregnante di significati fondamentali per l'attività clinica che emergeranno dal seminario, faranno capire allo studente l'assoluta necessità di far rientrare tali incontri, o perlomeno tali meditazioni collegiali, nella futura attività clinica routinaria.

Anche se appare ovvio, occorre sottolineare che i coordinatori dei corsi devono impegnarsi ad organizzare per tempo tali seminari partecipando personalmente ed invitando a partecipare uno o al massimo due coordinatori di corsi implicati nel seminario.

La discussione sul caso clinico presentato (ad esempio) deve evidenziare parti essenziali del *core curriculum* del corso che organizza e promuovere la discussione tra gli studenti. Il tempo previsto di due ore non è un limite invalicabile, ma deve essere possibilmente rispettato perchè esso tiene conto di tutti gli altri impegni degli studenti. I crediti relativi al seminario sono parte di quelli attribuiti al corso e vengono acquisiti al momento del superamento dell'esame relativo.



Didattica non formale ed attività professionalizzanti, dove finisce la prima ed iniziano le seconde?

Massimo Malcovati (Milano)

La Tabella XVIII ter del 1996 ha anticipato, per molti aspetti, le innovazioni introdotte dal Decreto 509 e dai relativi "decreti d'area": i Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, non si sono perciò trovati impreparati di fronte alla riforma dei corsi universitari e non hanno dovuto affrontare i traumatici cambiamenti che hanno interessato gran parte degli altri Corsi.

Questo non vuol dire però che il decreto d'area della Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia non abbia introdotto ulteriori elementi di novità nella nostra didattica. Di certo, c'è almeno un aspetto che ha segnato una profonda innovazione (ma forse i più anziani di noi potrebbero considerarlo un segnale di ritorno ad un aureo passato): si tratta dell'introduzione, accanto agli obiettivi didattici che già erano presenti nella Tabella XVIII ter, di 60 crediti di "attività professionalizzanti" (1500 ore totali, equivalenti ad un intero anno di corso). L'introduzione di questa nuova tipologia di attività formativa è forse il segnale più significativo ed operativamente più incisivo, anche rispetto alla Tabella XVIII ter, del fatto che il compito assegnato al Corso di Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia non può più essere solo quello di formare dei medici dotati di una solida "cultura medica", ma deve anche essere quello di fornire alla società dei medici "professionalmente competenti", in grado di esercitare - per usare le parole del decreto - "l'attività di medico-chirurgo nei vari ruoli ed ambiti professionali clinici, sanitari e bio-medici." A rafforzare questo impegno formativo richiesto al Corso di Laurea sta l'entrata in vigore, ormai tra pochi mesi, della riforma dell'esame di Stato: con il nuovo esame, gli studenti saranno valutati non solo per quello che "sanno", ma anche - attraverso i tirocini valutati molto più approfonditamente di quanto si facesse in passato - per quello che sanno fare e per come sanno comportarsi.

L'organizzazione delle attività professionalizzanti diventa quindi un impegno prioritario del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Secondo il decreto d'area, le "attività professionalizzanti" sono attività formative "da svolgersi in modo integrato con le altre attività formative del corso presso strutture assistenziali universitarie" che consentano allo studente di acquisire "specifiche professiona-

lità nel campo della medicina interna, chirurgia generale, pediatria, ostetricia e ginecologia, nonché di specialità medico-chirurgiche".

È lapalissiano affermare che le "attività professionalizzanti" debbano essere delle attività svolte in prima persona dallo studente e che, proprio perché "professionalizzanti", debbano comportare un certo grado di autonomia da parte sua. Certamente esse hanno a che fare con il "saper fare" (gli *skills* anglosassoni) e con il "saper essere" (i comportamenti) e non con il "sapere" *tout court*. Tuttavia, nel momento in cui ci si accinge a tradurre le indicazioni del decreto d'area in un programma operativo concreto, si presenta in modo netto il problema di identificare i confini di queste attività da un lato con le classiche "esercitazioni" cliniche, dall'altro con la didattica tutoriale a piccoli gruppi, e dall'altro ancora con gli "internati" clinici di vario tipo. Il problema non è solo semantico, ma acquista un corrispettivo molto concreto quando il Corso di Laurea arriva a dover assegnare i "crediti" alle varie attività formative e deve quindi scegliere se utilizzare i 60 crediti riservati alle attività professionalizzate oppure attingere ai crediti assegnati ai diversi ambiti disciplinari. Un rischio, che non deve essere sottovalutato, è rappresentato dalla tentazione di trasformare la massima parte della didattica non formale (tutoriale) dei diversi insegnamenti in attività professionalizzanti e quindi in realtà di fare un grosso passo indietro dal punto di vista pedagogico, riducendo gli insegnamenti alle sole lezioni frontali.



Diventa quindi importate individuare criteri di massima che permettano di tracciare qualche "linea guida" di comportamento.

Quando occorre mettere in condizione lo studente di acquisire una manualità, uno *skill*, è evidente che non basta "insegnargli" a parole come deve fare (informarlo), né è sufficiente "fargli vedere" come deve fare: occorre addestrarlo a fare, fargli cioè eseguire l'operazione sotto il controllo di un tutore finché non la esegue correttamente (oggi, in molti casi, almeno le fasi iniziali di questo processo possono addirittura svolgersi su di un manichino, riservando l'intervento su di un volontario o su di un paziente alla fase finale dell'addestramento). L'addestramento, in quanto tale, non ci sembra che possa rientrare tra le attività professionalizzanti. Pur rientrando tra le attività pratiche, quindi nel "saper fare", ci sembra che gli manchino due delle caratteristiche essenziali delle attività professionalizzanti: quella della relativa autonomia dello studente nello svolgere le operazioni e quella del contesto nel quale la manualità viene applicata.

Questo ci porta a mettere in evidenza un secondo criterio di notevole importanza: quello appunto del contesto in cui l'attività formativa si svolge. Nell'attività professionalizzante il singolo *skill* o il singolo comportamento non sono fini a se stessi: sono parte di una più o meno complessa rete di azioni e di comportamenti che nel loro insieme costituiscono l'atto medico nei confronti del paziente. Una linea di discriminazione importante è quindi rappresentata dal fatto che non si tratta di "imparare" a saper fare o a saper essere, ma si tratta di "applicare" quello che si è finora già imparato (non importa se ancora incompleto) ad un contesto il più vicino possibile a quello della vita professionale.

D'altra parte la necessità del ruolo autonomo dello studente nell'attività professionalizzante, con il suo correlato, rappresentato dall'assunzione di responsabilità, si scontra inevitabilmente con il limite che l'intera attività deve svolgersi in modo graduale e comunque sempre rigorosamente protetto e sorvegliato, a tutela del paziente, ma anche dello studente stesso. In questo quadro vale la pena di osservare che una componente importante delle attività professionalizzanti, che tende ad essere sottovalutata, è che si tratta in realtà di una formazione di tipo esperienziale, dove quindi diventano importanti non solo quello che succede e/o quello si fa, ma anche lo stimolo alla riflessione, la rielaborazione e l'interiorizzazione di quanto è successo o si è fatto. Al limite, almeno in certe condizioni, possono rientrare tra le attività professionalizzanti attività dove lo studente in

realtà non agisce in prima persona, purché queste comportino poi una riflessione programmata sull'esperienza fatta (un tipico esempio in questo senso potrebbe essere quello della frequenza presso lo studio di un medico di Medicina generale).

Infine, per quanto a prima vista possa sembrare paradossale, si possono individuare attività professionalizzanti che si svolgano in larga misura non direttamente al letto del malato. È indiscutibile infatti che una parte della professionalità del medico consiste nella capacità di analizzare i segni ed i sintomi, di collegarli tra loro e di svolgere un insieme di ragionamenti che lo portano alla diagnosi e alla proposta della terapia. Anche sotto questo aspetto, se da un lato esiste un problema di "addestramento" al ragionamento clinico, che deve necessariamente rientrare tra le attività curriculari (non diversamente dagli *skills* manuali), è anche vero che la messa in pratica del ragionamento clinico, purché opportunamente contestualizzata, può pienamente rientrare tra le attività professionalizzanti.

Se quelle sopra descritte sono le caratteristiche salienti delle attività professionalizzanti, mi sembra che il problema della loro identificazione rispetto alla didattica non formale dei nostri corsi possa essere semplificato: la fase di addestramento dello studente deve rientrare nella didattica non formale (tutoriale) di ciascun insegnamento ed i relativi crediti dovrebbero quindi derivare dai 270 riservati al *core curriculum*; gli "internati" in reparti ospedalieri (anche affiancati da frequenza in *day hospital* e in ambulatorio), purché gli studenti non siano utilizzati come "schiavetti" dei medici di reparto per lo svolgimento di attività di tipo più o meno burocratico, ma possano svolgere in modo più o meno autonomo, in parallelo alla normale *routine* e sotto stretta supervisione, un proprio percorso relazionale e diagnostico con i pazienti, potrebbero rientrare a pieno titolo tra le attività professionalizzanti.



Obiettivi, strumenti e modelli tutoriali

Alberto Calatroni (*Messina*), Coordinatore e Paola Binetti (*Roma Campus Biomedico*), Antonino Bono (*Palermo*), Amedeo Columbano (*Cagliari*), Giuseppe Delitala (*Sassari*), Enrico Vasquez (*Catania*)

Introduzione

Da sempre, nella tradizione accademica e goliardica così come nell'opinione della gente comune, le Università sono il luogo di incontro e di interazione di due categorie di persone: gli Studenti ed i Professori. Senza nulla togliere alle altre componenti, quella amministrativa e quella tecnica, di fondamentale importanza per il buon funzionamento della macchina Università, il significato ed il prestigio delle Università sono soprattutto affidate allo scambio culturale che esiste tra la componente studentesca e la componente docente. Nel Corso di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia si inserisce una terza figura, quella del Paziente. L'assistenza intesa come parte integrante della didattica del Corso di laurea impone infatti scambi culturali che coinvolgano, preferibilmente anche sul piano personale, il Paziente.

L'interazione tra queste tre categorie di persone, fulcro della attività didattica del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia, deve essere liberata, per quanto possibile, da steccati connessi al ruolo di ciascuna categoria, ed organizzata in modo da esaltare al massimo la soddisfazione dei bisogni di apprendere, di insegnare e di assistere e, allo stesso tempo, di subire al minimo i condizionamenti burocratici.

Gli Obiettivi e gli Strumenti

Finalità ultima del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia continua ad essere la formazione di un Medico che possieda un bagaglio di conoscenze teoriche e tecniche sufficienti a permettergli l'esercizio della professione medica: ma anche una formazione che rispecchi per quanto possibile il raggiungimento dei suoi personali obiettivi, con la possibilità quindi di esprimere da subito con entusiasmo e dedizione una propria personalità in ambito professionale. Essere professionisti in campo medico significa portare a termine un procedimento di valutazione, diagnosi e cura nel quale svolgono un ruolo importante, accanto alla competenza medica, la capacità di comunicare sotto il profilo umano e la disponibilità a farlo, una sentita etica professionale, la maturità nei processi decisionali.

Il Corso di laurea in Medicina e Chirurgia si

preoccupa che lo Studente avverta la necessità di una preparazione non limitata alla pura dimensione cognitiva, ma che sia quanto più possibile aperta anche alla sua sfera personale, per giungere alla piena formazione professionale. Il Corso di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia tende, per quanto possibile, a far raggiungere ad ogni studente una formazione personalizzata. Per questo conviene che i Docenti passino da una formazione d'aula, di tipo generale e spesso generica, ad una formazione in piccoli gruppi e, se è possibile, ad una formazione di tipo individuale. Gli ambiti della vita accademica, professionale e personale si intrecciano in modo sempre più complesso ed è necessario che lo studente accetti liberamente questo tipo di coinvolgimento, comprendendo come la relazione di aiuto, che il malato sollecita in tanti modi diversi, esige da ognuno di noi piena disponibilità e profonda competenza.



Ciò può essere perseguito tramite un sistema tutoriale che attraverso una costante interattività permetta agli studenti di partecipare in prima persona alla attività didattica⁽¹⁾, stimolandoli ad affrontare e a risolvere personalmente tutta una serie di problemi, che vengono loro sottoposti. Per facilitare l'evoluzione di un processo complesso come la Didattica tutoriale, devono coesistere vari tipologie di Tutore didattico. Alcuni Tutori possono appartenere ai servizi comuni, come il Tutore di Segreteria, il Tutore di informatica, il Tutore di Biblioteca, il Tutore d'Aula, ma altri esprimono la specificità del corso di laurea in Medicina, come ad esempio il Tutore clinico.

Modelli tutoriali

Tra i ruoli tutoriali affidati ai Docenti, due tipi appaiono di particolare importanza: il Tutore Personale e il Tutore Docente, intesi nella loro applicazione più vasta, attenta a tutti gli aspetti relativi alle modalità di apprendimento. La Didattica tutoriale per poter essere efficace ha bisogno di potenziare il rapporto personale tra il Tutore e lo Studente che gli è stato affidato per ricevere:

supporto nelle difficoltà che incontrerà; incoraggiamento e guida per la definizione ed il raggiungimento dei suoi obiettivi personali; competenza per l'attivazione della propria personalità di Medico. La funzione di Tutore non è connaturale al Docente, così come attualmente viene formato, anche se ci sono numerose eccezioni, che sono preziose fonti di esperienza.

La Legge però prevede che tutti i Docenti svolgano attività Tutoriale: quindi occorre far di necessità virtù, e ripensare al proprio modo di essere Docenti per evitare gli errori che più frequentemente vengono imputati alla classe Docente. Anche il migliore insegnamento tradizionale, se conserva un carattere prevalentemente disciplinare, offrirà una sovrabbondanza di informazioni - *la completite* di cui parla J.J. Guilbert -, lasciando allo Studente il non facile compito di valutare criticamente le informazioni ricevute, di eliminare quelle meno utili, e di trasformare tali conoscenze teoriche in competenze professionali. Nella didattica tradizionale inoltre la valutazione dello Studente viene fatta prevalentemente sulla base di conoscenze teoriche e non sulla loro applicazione a condizioni specifiche concrete. C'è spesso una scarsa attitudine a modificare la propria programmazione per adeguarla ad esigenze manifestate dagli Studenti. Sul piano tecnologico si nota un limitato utilizzo delle diverse forme di *e-learning* disponibili o uno scarso controllo delle fonti di informazione alternative utilizzate dagli Studenti, su Internet. E' naturale che il Docente faccia costante riferimento al quadro culturale della propria generazione, ma con il passare degli anni deve intensificare il contatto con il quadro culturale delle nuove generazioni, che hanno un proprio linguaggio, propri valori, propri modi concreti di gestire i propri sentimenti. In realtà occorre fare quello che fino a non molto tempo addietro per molti Docenti sembrava una stranezza, un di più, mentre ora si rivela come necessario: studiare testi, o seguire corsi, di pedagogia medica. In fondo, l'esperienza metodologica in ambito didattico dei Docenti è stata costruita sul campo, soprattutto con riferimento ai modelli didattici proposti dai propri docenti, e molto attraverso l'esperienza personale.

Anche gli Studenti dal canto loro non sempre sembrano entusiasti né della didattica tradizionale né di quella tutoriale. Avanzano molte lamentele per la scarsa attenzione ed accoglienza che spesso i Docenti riservano alle loro richieste personali, ma allo stesso tempo non si preoccupano molto di dar vita ad un serio progetto personalizzato, indivi-



duando correttamente le proprie risorse ed i propri obiettivi, il modo per organizzare i propri processi decisionali, ma anche la realtà in cui si muovono e le effettive possibilità ambientali. Molti Studenti sembrano solo interessati a raccogliere crediti, ed a raggiungere nel più breve tempo possibile il conseguimento del diploma, come se questo, e non la loro professionalità, fosse il vero obiettivo.

Studenti e Docenti devono intraprendere nuove vie, e possibilmente percorrerle insieme. Infatti un insegnamento diviene ancora più efficace se il concetto nuovo, o l'approfondimento di un concetto viene acquisito insieme allo Studente, a cui si sta cercando di insegnare qualcosa che ancora non si possiede fino in fondo, coinvolgendolo nella ricerca e chiedendogli un contributo personale: apprendimento per scoperta (*discovery learning*). Ciò è molto importante nella didattica in campo clinico, perché significa un continuo aggiornamento, valido soprattutto per la modalità di apprendimento-coinvolgimento, che presuppone in entrambi, docente e studenti. Il discorso è semplice da fare, ma difficile da applicare: la Didattica tutoriale non ha conosciuto finora grandi successi, ma sembra il modo migliore per raggiungere un processo formativo che coinvolga armonicamente docente, discente e paziente.

Tutore personale

È il Tutore con funzioni di consulente-consigliere, capace di orientare le scelte dello Studente, al fine di aiutarlo a definire i propri obiettivi di studio ed a gestire i propri problemi, nell'ottica di una sua piena maturazione umana e professionale. Tra le diverse definizioni, quella di Burke, riportata da Quaglino (G.P. Quaglino, *Scritti di formazione 1978-1998*, Franco Angeli, Milano 1999), come citata da P. Binetti e M.G. De Marinis⁽²⁾: "Relazione tra un giovane neo-inserito ed un esperto, che diventa un confidente, un modello di ruolo e una persona di piena fiducia", con la finalità di "da un lato lo sviluppo di carriera, attraverso la consulenza nelle prestazioni, dall'altro il sostegno psicosociale".

Punto cruciale è l'inizio della interazione tra lo Studente ed il Tutore che gli è stato destinato. Lo Studente del primo anno non conosce il Docente, ma spesso non gli sembra neppure utile conoscerlo (a meno che si tratti di Docente dello stesso 1° anno), fondamentalmente perché egli non comprende il significato e l'utilità del Tutorato. Occorre



quindi come prima cosa informare opportunamente lo Studente neo-immatricolato sui significati del tutorato personale e della didattica tutoriale. Ciò attraverso conferenze, dibattiti ed opuscoli illustrativi. Ma soprattutto con l'ausilio di suoi colleghi più esperti, gli Studenti anziani. Il contributo dello Studente senior si sta rivelando prezioso, per l'apporto dato nel convincere ed orientare gli Studenti neo-immatricolati; ed inoltre si traduce anche in un contributo alla propria formazione professionale, per l'arricchimento che lo Studente anziano acquisisce in competenze comunicative.

Una volta di fronte l'uno all'altro, Studente e Tutore personale si giocano la partita grossa, alla quale si devono necessariamente essere preparati per tempo. Perché a questo punto necessita che il Tutore avverta da un lato la responsabilità istituzionale della funzione didattica che sta svolgendo e si senta impegnato a svolgerla; dall'altro il desiderio di quel sottile piacere personale che si prova a conquistare la fiducia di un giovane. Da parte sua lo Studente deve avvertire che non sta eseguendo un rito obbligatorio ma inutile, ma si sta creando il

presupposto per una collaborazione che può dare moltissimo, a lui Studente, per lo sviluppo della professione futura. È assolutamente necessario che lo Studente debba prima essersi convinto che un buon rapporto con il proprio Tutore vale più, ai fini del proprio futuro, di molte ore di studio o anche di un esame dato in più. Solo se profondamente e sinceramente convinto di ciò lo Studente potrà diventare stimolo al proprio Tutore. Ed a convincere di ciò lo Studente molto spesso sono proprio gli Studenti anziani, che rappresentano l'esperienza. Altrettanto necessario è che il Tutore si sia documentato (o attrezzato per acquisire rapidamente la documentazione necessaria) in modo tale da non eludere le richieste del giovane e deluderne le aspettative.

Se il rapporto personale di fiducia si instaura, allora è possibile dialogare e programmare ciò che rende tanto importante la funzione del Tutore personale, che ovviamente non si esaurisce nei consigli spiccioli, che pure spesso sono il solo obiettivo degli Studenti, ma che consiste appunto nel dialogo continuativo. Il dialogo significa narrazione di se stessi, dei propri problemi, delle proprie aspettative, dei propri timori, delle proprie certezze. Dialogo vuol dire evocare comportamenti, valori, atteggiamenti, difficoltà, sul piano relazionale, difficoltà sul piano decisionale, tutti aspetti del modo di essere, di sentire, di agire che confluiscono nella costruzione della identità professionale. L'esperienza personale dei Docenti del primo anno e i dati statistici avvertono che molto spesso gli Studenti neo-immatricolati esibiscono "spiccate carenze metodologiche" e "velleitarie aspettative di successo a breve termine". Entrambi i fattori sono causa di una forte frustrazione iniziale, che allontana dagli studi ed in ogni caso non mette gli studenti in condizione di elaborare un'adeguata percezione della loro *self efficacy*, sia pure in termini di pura potenzialità.

Un aspetto importante del tutorato in questa prima fase è quello di ridurre il disorientamento iniziale, per trasformarlo in una consapevole esigenza di orientamento all'interno della scelta culturale e professionale effettuata⁽²⁾. Il primo atto del Tutore potrebbe quindi essere quello di discutere con lo Studente a lui affidato il metodo di studio. Da subito si evidenzia come la collaborazione e l'apertura d'animo dello Studente sia fondamentale al rapporto: uno Studente saggio vince la propria iniziale ritrosia e si apre e si fa consigliare dall'esperienza; ha tutto da guadagnare e nulla da perdere.

Superata la fase dell'inserimento iniziale, subito il

"battesimo" degli esami, lo Studente può discutere con il Suo Tutore il suo stato d'animo e la sua reazione all'andamento degli esami stessi. Il momento è importante, perché il superamento di esami e l'acquisizione di crediti consacra in lui il concetto di piena integrazione nel Corso di laurea, ed ora egli ha una disponibilità a pianificare su basi solide in modo autonomo. I consigli del Tutore in questo momento possono rivelarsi fondamentali per il futuro dello Studente. Quindi il Tutore deve essere sempre molto attento ad ascoltare e molto discreto nel commento e nel consiglio: è lo Studente che, in base alle sue caratteristiche, sta operando una scelta, che deve essere quanto più possibile serena. Il Tutore ha il compito di consigliarlo in accordo al suo pensiero, ma con attenzione a non intaccare l'autostima dello Studente, che sta dando espressione alle sue capacità decisionali⁽³⁾.

Con il passare del tempo l'autonomia dello Studente si accentua, e la funzione del Tutore personale si intreccia con quella del Tutore docente e del Tutore clinico e sembra perdere significato. Ma se il rapporto con lo Studente è stato fruttifero, soprattutto se la programmazione è stata fatta insieme, certamente lo sviluppo della formazione dello Studente continuerà a venire raccontata al Tutore personale, che potrà sempre offrire il suo contributo. Soprattutto sotto un aspetto molto importante, sul quale egli può incidere insieme ai Tutori docenti di volta in volta coinvolti: allo stato attuale, e per qualche tempo ancora, l'insegnamento è, e sarà, ancora largamente disciplinare, il che significa che uno Studente viene istruito e valutato riguardo i contenuti specifici di una certa disciplina, ritenendo che egli sia in grado di farne una sintesi, e di inserire questa sintesi in un contesto generale unitario. Questo non è un passaggio semplice: mentre invece possedere un costrutto unitario dal quale prelevare di volta in volta i contributi disciplinari è dato essenziale di una buona formazione. I Tutori, quello personale soprattutto, devono preoccuparsi di favorire l'attivazione di circuiti intellettuali che connettano tra loro i vari concetti, rendendoli uno dipendente dall'altro, per favorire la formazione di uno schema cognitivo onnicomprensivo. Poiché tale schema sarà tanto più utile quanto più individualmente elaborato, sulla scorta della cultura e dell'esperienza personale, il ruolo di un Tutore personale che abbia ottenuto la confidenza del suo assistito può essere fondamentale nel progetto creativo di tale schema.

Il tutorato personale nonostante i vantaggi che presenta, almeno in via teorica, non è sempre

accolto con il giusto successo da parte degli studenti e dei tutori, come se la qualità della relazione tra di loro non riuscisse a decollare. Prevala una sorta di delusione reciproca, che non crea le condizioni per quel rapporto di fiducia che dovrebbe essere caratteristico del tutorato personale. Le esperienze di questi ultimi anni rivelano come sia aumentato negli studenti, soprattutto nei primi anni, il bisogno di un supporto psicologico, legato ad una maggiore fragilità emotiva. Spesso il tutore non è in grado di sostenerlo su questo piano: per mancanza di tempo, di preparazione specifica e soprattutto perché non riesce a percepire tempestivamente la reale intensità di questo genere di bisogni, che caratterizzano le dinamiche affettive e i processi comunicativi, con i coetanei e con gli adulti. Comincia ad apparire necessario attivare un servizio di Consulenza psicologica, che senza medicalizzare (psichiatrizzare) i problemi, offra però agli studenti l'opportunità di affrontare alcuni nodi non risolti della loro adolescenza, per acquisire maggiore autonomia nella propria organizzazione, maggiore determinazione nel perseguire i propri obiettivi, un più spiccato senso di responsabilità nell'affrontare le inevitabili difficoltà. A Napoli, l'Aquila, a Torino, a Novara, a Roma Campus Bio Medico, a Siena e certamente anche in altre Sedi, sono stati attivati servizi di questo tipo, con modelli organizzativi diversi a seconda delle risorse disponibili, ma sempre nell'ottica di contenere il disagio degli studenti e migliorarne le loro *performance* sul piano accademico oltre che personale.

Il tutorato personale, affiancato dal servizio di *counseling*, risulta più efficace non solo per contenere ritardi e abbandoni, ma anche per potenziare le competenze comunicative degli studenti di Medicina, per i quali affrontare e risolvere le loro difficoltà in questo campo rappresenta comunque un buon investimento anche sul futuro piano professionale.

Tutore docente e Tutore clinico

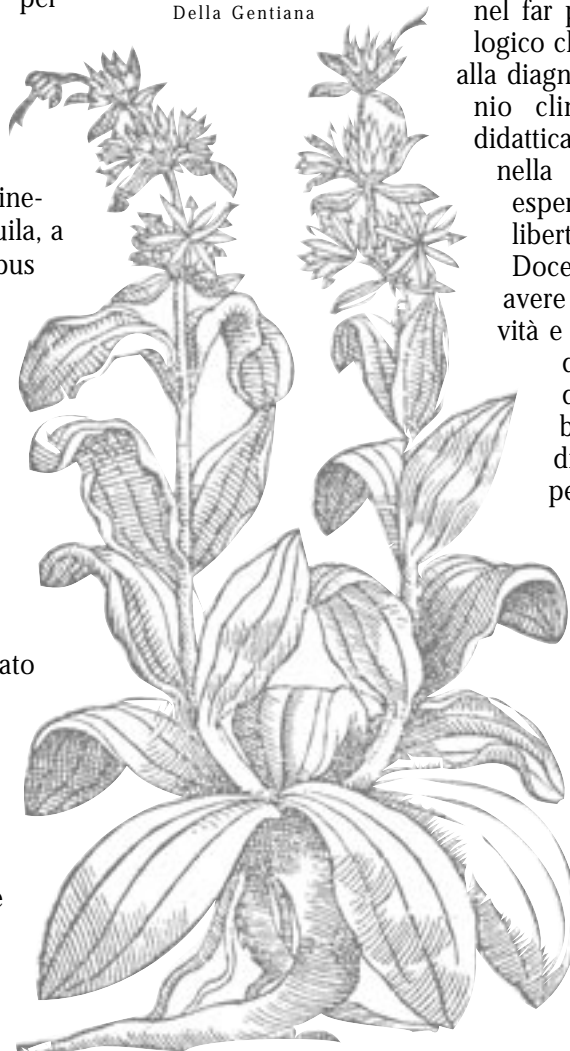
Volendo essere estremamente schematici, la didattica tutoriale aspira ad una formazione che assicuri tutte (e solo) le nozioni teoriche necessarie, ciascuna appresa in stretto rapporto alla sua applicazione pratica, e che abbia dato spazio all'espressione delle caratteristiche individuali. La didattica tutoriale utilizza ancora la tradizionale informazione concettuale, indirizzata a tutta la classe studentesca, che sarà maggiormente utilizzata nelle discipline di base, e riservata a quadri di sintesi nelle discipline cliniche. Essa ha il vantaggio di trasmettere un elevato numero di informazioni e di creare una piattaforma di conoscenze comuni. Ma soprattutto utilizza la didattica a piccoli gruppi, che deve coinvolgere ogni Studente sul piano individuale, vuoi nell'applicare all'arte medica i concetti della materia vivente (discipline di base), vuoi nell'apprendere le espressioni patologiche dal vivo e riconoscere i processi patogenetici dalle indagini strumentali e di laboratorio (discipline cliniche), vuoi

nel far proprio quel meccanismo logico che porta dall'osservazione alla diagnosi ed alla terapia (tirocinio clinico). I vantaggi della didattica a piccoli gruppi stanno nella facilità di scambio di esperienze, in una maggiore libertà di interazione con il Docente, nella sensazione di avere maggiori spazi di creatività e di autonomia, in un

condizionamento reciproco del gruppo per cui i buoni risultati di uno diventano buoni risultati per tutti. A condurre questa didattica tutoriale è il

Tutore docente, che meglio viene definito Tutore clinico quando agisce in ambito strettamente clinico, come ad esempio nel caso del tirocinio. Da ciascuno di questi Tutori docente che si susseguono al fianco dello Studente nel corso della sua formazione dipende la qualità della formazione stessa e l'attitudine professionale del neo-medico. Un buon Tutore quindi

Della Gentiana



deve possedere le competenze specifiche nell'ambito didattico per il quale è richiesto il suo contributo, ma deve soprattutto operare in modo da concedere allo Studente di elaborare un proprio profilo operativo. Per tale obiettivo, il Paziente può giocare un ruolo importante. Il Paziente attuale è molto più informato di quanto lo fosse in precedenza, per una maggiore facilità a recuperare dati, sia in forma cartacea che informatica. Quindi il rapporto con il medico avviene con il desiderio di veder valutate certe proprie congetture: ma il medico ha spesso poco tempo, e c'è, da parte del Paziente, la sudditanza psicologica nei confronti dell'esperto che lo trattiene dall'esprimere le proprie idee. Con lo Studente il rapporto è naturalmente più semplice, la capacità d'ascolto maggiore in entrambi i sensi, e la cartella clinica potrebbe arricchirsi di dati personali, di testimonianze di vita, di disagi, di sofferenze di cui oggi essa è spesso ingiustamente e immotivatamente carente. Ma soprattutto il Paziente acquisterebbe una funzione più attiva, avvertendo anche un riconoscimento alla sua personalità; mentre lo Studente lo identificherebbe meglio con la persona malata, più che con la malattia, a tutto vantaggio dell'aspetto umanistico della formazione che sta maturando. Il Tutore dal canto suo non può che favorire un tale rapporto diretto tra Paziente e Studente, perché il Paziente insegna allo studente i problemi, personali ed anche familiari, della malattia; e lo Studente fa avvertire al malato la sua centralità in un sistema sanitario^(4, 5).

Il tutore diventa così la cerniera del sistema formativo soprattutto nell'ambito del tirocinio professionalizzante, vera novità dell'attuale ordinamento, che viene effettuato sotto la sua diretta responsabilità, per complessivi 60 CFU, vale a dire 1500 ore. Nel corso di tale tirocinio professionalizzante lo Studente dovrà acquisire la confidenza con la professione⁽⁶⁾. Quindi ad una didattica essenzialmente rivolta a fornire informazioni teoriche e pratiche si sostituisce un apprendimento basato sull'acquisizione di competenza⁽⁷⁾. L'introduzione del tirocinio professionalizzante crea grossi problemi di organizzazione didattica al Corso di laurea in Medicina e chirurgia. Perché bisogna identificare i servizi dove lo Studente può apprendere meglio; perché occorre individuare Tutori clinici che abbiano esperienza, disponibilità e capacità di interazione cogli Studenti; perché bisogna creare intorno a questi Tutori clinici tutto un supporto di personale e di attrezzature che siano convenientemente predisposti allo svolgimento del tirocinio professionalizzante. Facile capire che neppure il tirocinio professionalizzante sarà di semplice ed immediata introduzione nella attività didattica del

Corso di laurea in Medicina e Chirurgia al pari della didattica interattiva a piccoli gruppi. Ma si tratta di avere la volontà di operare e la pazienza di lasciar maturare le novità.

Conclusioni

Si ha la netta impressione che, dopo anni, ormai, di insistenza su concetti come la didattica interattiva ed il tutorato, il metodo didattico della Facoltà di Medicina e Chirurgia sia finalmente maturo per accettare l'ipotesi un cambiamento radicale, quale è quello che prospetta la Laurea specialistica. Ma il cammino da fare per attuare veramente il cambiamento è ancora lungo, e necessita di una tappa fondamentale, la definizione del *core curriculum*. Senza l'individuazione chiara di quali siano le informazioni che si devono necessariamente fornire allo Studente, e di chi le debba fornire ed in quale modo, non si supererà lo stadio dell'insegnamento a discipline, e difficilmente si potrà pilotare lo Studente nella sua formazione personale: sarà sempre lui a cercare, con fatica e risultati non sempre ottimali, di unire i vari contributi in una visione unitaria. E concetti come tutorato e didattica interattiva rimarranno sostanzialmente sulla carta. Occorre rendersi conto che il coordinamento tra i vari Docenti deve essere ben maggiore di quanto sia attualmente: solo da tale coordinamento potrà concretizzarsi un tutorato, sia personale che clinico, realmente utile. E la conseguenza, automatica, sarà ciò che si continua ad affermare, ma che non è ancora realizzato, e non lo sarà fino a quando il tutorato non sarà pienamente attuato: la centralità dello Studente nella didattica della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Bibliografia

1. Binetti P., Pontalti I., Santini D., *Il Tutorato. Modelli ed esperienze nella didattica universitaria* SEU, Roma, 1999
2. Binetti P. e De Marinis M. G., *La prospettiva pedagogica nella Facoltà di Medicina*, SEU, Roma 2002
3. Frydenberg E., *Come far fronte alle difficoltà*, Ed. Giunti OS, Firenze 2000
4. Wykurz G., Patients in medical education: from passive participants to active patterns. *Med Education*, 33, 9: 634-636, 1999.
5. Hajioff D., Birchall M.A., Medical Students in ENT outpatient clinics: appointment times, patient satisfaction and student satisfaction, *Med Education*, 33, 9: 669-673, 1999
6. Newble D.I. et al., Guidelines for assessing clinical competence, *Teaching and Learning in Medicine*, 6: 213-220, 1994
7. Bender W., Hiemstra R., Scherpier A. et al., *Teaching and assessing clinical competence*, Groningen, Boekwerk, 1990.

Linee guida per la costruzione dell'attività didattica elettiva

Guglielmo Borgia (Napoli, Federico II)

L'Attività Didattica Elettiva (ADE) costituisce parte integrante del *curriculum* formativo dello studente secondo quanto previsto dalla Nuova Laurea Specialistica (15 crediti su 360).

La peculiarità dell'ADE consiste nella possibilità da parte dello studente, fin dai primi anni del Corso di Laurea, di scegliere autonomamente delle attività, così da assecondare inclinazioni, propensioni, interessi personali realizzando quindi nel corso degli anni la personalizzazione del *curriculum*.

Le ADE sono strumento prezioso anche per i Docenti che possono fornire ai Discenti un importante contributo alla loro crescita, attingendo alle loro migliori esperienze professionali ed umane.

Di seguito vengono riportate delle linee guida che si pongono l'obiettivo di sfruttare appieno la potenzialità dell'ADE in modo che sempre di più essa rappresenti l'occasione per gli Studenti per una crescita personale e per un approfondimento culturale.

Definizione e contenuto

Le ADE costituiscono parte integrante del *curriculum* formativo dello Studente (almeno 15 crediti su 360 della nuova Laurea Specialistica).

Esse costituiscono per la loro peculiarità un allargamento culturale e necessario per la personalizzazione del *curriculum* dello Studente.

Le ADE sono finalizzate all'approfondimento di specifiche conoscenze e aspetti formativi che ottimizzino la preparazione e la formazione del laureato in Medicina attraverso: rispondenza alle personali inclinazioni dello Studente; estensione di argomenti che non sono compresi nel *core curriculum* dei Corsi ad Insegnamento Integrato ma di cui venga motivata l'opportunità attraverso una compiuta estrinsecazione contenutistica; atteggiamento favorente la multidisciplinarietà.

Vanno invece evitati contenuti che rappresentano mera ripetizione di argomenti pertinenti al *core curriculum* e che siano assimilabili ad argomenti tipicamente oggetto di materia di Scuola di Specializzazione.

Tipologia delle ADE

La tipologia delle ADE può essere basata su

- Corsi Monografici

Essi sono intesi come corsi di apprendimento interattivo in piccolo gruppo; il numero degli studenti non dovrebbe essere superiore a venti soprattutto allo scopo di facilitare una migliore interazione Docente-Studente

- Seminari

- Internati clinici e di laboratorio universitari, in Italia e all'Estero.

Essi devono essere considerati come momenti di intenso contenuto formativo come per esempio la frequenza in sala operatoria, in sala parto, in pronto soccorso, in un laboratorio di ricerca per il raggiungimento di uno specifico obiettivo.

- Discussione di casi clinici.

- Possono essere anche considerate Attività Didattiche Elettive:

- partecipazione certificata a Convegni e Congressi;
- frequenza in ambulatori di Medicina Generale;



- internati elettivi in strutture di ricerca o cliniche accreditate
- volontariato presso Enti accreditati (es. Croce Rossa)
- frequenza di Corsi ad Insegnamento Integrato presso altre Facoltà dello stesso Ateneo o di altri
- attività culturali promosse da Associazioni Studentesche.

Queste ed eventuali altre attività devono essere autorizzate preventivamente dal CCL o dal Consiglio di Facoltà per le rispettive competenze e sono soggette a valutazione.

Proposta di ADE e loro congruità

Le proposte di ADE possono essere presentate da Docenti del Corso di Laurea mediante compilazione di apposito modello (vedi allegato).

In tale modulo il docente deve anche indicare l'anno di corso, i prerequisiti necessari per la migliore frequenza, gli obiettivi, i contenuti delle Attività, il/i settore/i scientifico-disciplinare/i delle materie argomento delle ADE, nonché il numero minimo e massimo di studenti iscrivibili.

La congruità delle proposte sarà valutata dalla Commissione Didattica ove esistente o da una Commissione *ad hoc* composta da Docenti e da una rappresentanza degli Studenti. La stessa ADE può essere ripetuta più volte dal Docente nello stesso anno o nei diversi anni accademici.

E' possibile raggruppare le ADE in pacchetti di Attività Didattiche Elettive omogenei per area o per disciplina così da costituire un percorso formativo peculiare dello Studente.

Scelta delle ADE da parte degli Studenti

Prima dell'inizio di ogni anno accademico ogni Studente sceglie autonomamente le ADE tra le offerte didattiche.

Le ADE vanno svolte in orari tali da non interferire con le altre forme di attività didattica.

La scelta delle ADE potrebbe avvenire *on-line* in modo da evitare sovrapposizioni di orario.

Certificazione e valutazione delle ADE

Ogni proposta ADE assume un valore in numero di crediti che viene definito dal CCL, sentiti i Docenti proponenti, attribuendo i crediti sulla base dell'impegno orario. I crediti di ciascuna ADE vengono acquisiti dagli studenti solo se essi hanno raggiunto frequenza e valutazione adeguate.

L'ADE è sottoposta a valutazione qualitativa ed i crediti corrispondenti sono acquisiti dallo Studente mediante una prova di verifica. La valutazione concerne l'impegno dello Studente e la sua capacità di trarre profitto dall'ADE.

Nel rispetto degli Statuti delle Singole Scuole di Specializzazione, l'ADE potrà essere valutata anche ai fini della prova di ammissione in base all'attinenza con le materie oggetto della Scuola.

Le ADE svolte, con i relativi crediti e la valutazione, sono registrate.

L'ADE costituisce attività ufficiale dei Docenti e come tale va annotata nel registro delle Lezioni.

E' auspicabile la creazione di una banca dati nazionale delle ADE consultabile *on-line* che permetta agli Studenti una scelta di ADE presso altri Atenei, dietro autorizzazione dei CCL locali.

Proposta elaborata da Guglielmo Borgia con il contributo della Commissione ADE del Corso di Laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università degli Studi di Napoli "Federico II" (U. Giani, M. D'Aniello, E. Della Casa, R. Ferraiuolo, P. Strazzullo) e discussa nella Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia tenutasi a Taormina il 24 ed il 25 maggio 2002.



Medicina e scienze umane, una riflessione

Giovanni Federspil (Padova), Oreste Terranova (Padova)

L'introduzione nel *curriculum* degli studi di un corso dedicato alle Scienze Umane solleva un problema fondamentale che concerne la natura stessa della medicina.

Nel corso del XIX secolo, nel clima dominante del positivismo, è venuta configurandosi e consolidandosi l'immagine della medicina come scienza naturale, simile a tutte le altre scienze empiriche. La scienza medica si presentava come un sapere autentico, basato sull'acquisizione di fatti sicuri e incontrovertibili che conducevano alla conoscenza delle leggi di natura, eterne e necessarie. Le discipline cliniche apparivano quindi come un'applicazione delle scienze biologiche, e l'apprendimento del metodo sperimentale rappresentava lo strumento fondamentale che forniva al medico una comprensione adeguata dei fenomeni morbosi dell'uomo, capace di far fronte a tutte le necessità professionali. Così, lo scopritore dell'anafilassi, il fisiologo Charles Richet (1850-1935) poteva scrivere che *"les sciences médicales ne sont en effet que des sciences biologiques"*.

Fino alla metà del XX secolo, questa visione della medicina ha costituito la concezione dominante nella comunità medica, anche se, nel mondo più ampio della cultura, si erano via via presentati molti eventi nuovi, che rendevano difficile mantenere immutata l'idea di medicina tramandata dal secolo precedente. Le modificazioni della relazione fra medico e malato, l'ingresso della bioetica e dell'economia nelle decisioni cliniche, le riflessioni sociologiche sulla medicina, la necessità di aiutare il paziente a dare un significato alla sua malattia, sono stati i vari fattori che hanno mostrato i limiti di una concezione che si limitava a considerare la medicina come una disciplina capace soltanto di *spiegare* i fatti morbosi e di modificarne il decorso.

Così, nel corso della seconda metà del XX secolo, molti elementi estremamente diversi fra loro hanno fatto emergere la consapevolezza che la medicina clinica contemporanea non può più essere considerata come una mera disciplina naturalistica - come, ad esempio, la botanica o la genetica - né può essere considerata una semplice scienza applicata - come l'agricoltura o la zootecnia. La medicina attuale si presenta, invece, come una disciplina complessa e multiforme, nella quale una scienza naturale - la scienza medica - entra

in contatto e si compenetra con il mondo delle scienze umane.

All'analisi di questi nuovi aspetti della medicina si sono dedicati negli ultimi decenni diversi Autori, fra i quali emerge certamente il medico-filosofo Edmund D. Pellegrino - professore di medicina alla Yale University e di filosofia alla Catholic University of America di Washington.

La domanda fondamentale, secondo Pellegrino, che bisogna porsi oggi è *"che cos'è la medicina e che cosa dovrebbe essere?"*. La risposta che è stata data finora a questa domanda si è rivelata del tutto insufficiente perché si è limitata ad analizzare il sapere medico. Si è giunti quindi ad elaborare una filosofia della medicina che poteva essere, al massimo, una sottodisciplina della filosofia della scienza, ma che non è riuscita a cogliere la vera natura della medicina nel suo insieme. Se si vuole davvero cogliere l'essenza della medicina e del pensiero medico - secondo Pellegrino - è necessario riflettere *"su i precetti, i presupposti, i concetti e i valori che sono peculiari della medicina in quanto medicina e che non siano semplici esempi di problemi già indagati nella scienza e nella filosofia"*. E allora, se ci si pone su questo piano, è necessario riconoscere per prima cosa che *"identificando la medicina con le discipline organistiche e cliniche, se ne restituisce una descrizione insufficiente perché incapace di esprimere il suo autentico significato morale."* Per quanto la conoscenza dell'uomo sia indispensabile, il *principio architettonico* della medicina non è costituito dalla sua struttura conoscitiva, ma dal fatto che essa è una *praxis* identificabile con il *rapporto terapeutico finalizzato al bene del paziente*.

Nell'elaborazione del giudizio clinico, secondo Pellegrino, emerge chiaramente come la prassi medica non abbia solo natura scientifica, ma anzi riveli chiaramente una prevalenza della natura etica. Infatti, "con l'approssimarsi della scelta definitiva dell'azione buona e giusta per un particolare paziente, il carattere empirico-tecnico del processo decisionale va attenuandosi, mentre il suo carattere dialettico-morale va stabilizzandosi."

Come si vede, la concezione di Pellegrino ritiene che la medicina non sia per nulla una mera disciplina scientifica, ma sia *scienza, arte e virtù* unite sinergicamente e integralmente nelle attività del medico. Questi

tre elementi non possono essere distinti pena la distruzione di ciò che chiamiamo medicina: "Separare un elemento di questa triade - ha scritto Pellegrino - significa disarticolare la medicina, il cui tratto essenziale è appunto, la speciale relazione che ogni parte intrattiene con le altre".

Se la medicina clinica non è soltanto una scienza naturale, allora è necessario divenire consapevoli che non tutto ciò con cui il medico entra in contatto è traducibile nel linguaggio oggettivo del sapere scientifico. Diviene così evidente che il medico non ha a che fare soltanto con eventi che riguardano le scienze biologiche in senso stretto, ma anche con quei fenomeni che rientrano nell'ambito delle scienze umane, come la storia, la psicologia, l'antropologia culturale, la sociologia, le concezioni del mondo e il significato che, in queste diverse concezioni, acquistano la vita umana e i valori.

Ciò è emerso fra 800 e 900, quando, con l'opera di Sigmund Freud, i medici hanno cominciato a tenere conto non soltanto dei fenomeni obiettivamente riscontrabili nel malato e dei disturbi di cui questo si lamentava, ma anche dei suoi *vissuti*, vale a dire dei contenuti dei suoi pensieri: delle sue fantasie, dei suoi ricordi, dei suoi desideri e dei suoi timori. La psichiatria, pertanto, ha cominciato a considerare esplicitamente l'uomo non soltanto come un corpo alterato, ma come un individuo costituito anche da una mente, nel quale organismo e pensiero formavano un tutto unitario e ciascuna delle due parti influenzava l'altra. "Decisivo fu capire - ha rilevato Karl Jaspers - che nella

psichiatria, oltre alla conoscenza scientifica vi è anche un altro modo di vedere che si affida alla *comprensione*". Dalla psichiatria l'attenzione per i vissuti emozionali dell'uomo si è poi trasferita alla medicina interna grazie alla psicosomatica che ha mostrato come conflitti inconsci, esperienze emozionali e interazioni psicosociali possano diventare tutti cause di malattia.

In tal modo, nell'ultimo mezzo secolo la medicina ha acquisito una nuova dimensione: ha cessato di guardare esclusivamente al corpo malato ed ai processi biologici che costituiscono in senso stretto la malattia ed ha cominciato a considerare anche il *significato che la malattia assume per la persona ammalata*. Umberto Galimberti ha rilevato che la medicina scientifica si occupa del "corpo inteso come organismo, ossia un apparato di organi, strutture e funzioni che è possibile trattare con criteri

meccanicistici come qualsiasi fenomeno naturale. In questo contesto la malattia appare come l'effetto di una causa che si può rimuovere o modificare con interventi tecnici che ubbidiscono al sistema di spiegazioni che il sapere medico ha anticipato come lettura scientifica del corpo e delle sue alterazioni. Ma (...) l'ordine della spiegazione (Erklären) che dice *come* l'alterazione si è prodotta, non è in grado di comprendere (Verstehen) *perché* si è prodotta, dove il perché non rinvia ad una causa, ma ad un *sensu*."

Il medico deve allora divenire consapevole che il suo compito non può essere soltanto quello di *spiegare* i fenomeni che ci sono prodotti, ma anche quello di cercare di aiutare il malato a *dare un sensu* a quei fenomeni. Il medico e il malato - ha scritto

HIPERICO



Jaspers - "si trovano uniti da un legame prevalentemente umano, non scientificamente fondato; per questo è fondamentale che il medico abbia sempre presente che nella sua attività la spiegazione scientifica sia sempre accompagnata dalla consapevolezza che gli accadimenti patologici del suo malato hanno un *senso* che egli deve *comprendere*".

Bibliografia

- 1) Agazzi E., Viesca C. *Medicina e concezione del mondo*. Erga edizioni, Genova 1998.
- 2) Alexander F. *Gli elementi fondamentali della psicoanalisi*. Sansoni, Firenze 1976.
- 3) Antiseri D. *Trattato di Metodologia delle scienze sociali*. UTET Libreria, Torino 1996.
- 4) Cagli. V. *Sognando l'ippogrifo. Per un incontro tra medicina e psicoanalisi*. Laterza, Roma 1995.
- 5) Cattorini P. (a cura di) *Leggere il corpo malato. Aspetti antropologici, epistemologici, medici*. Liviana Editrice, Padova 1989.
- 6) Cosmacini G. *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*. Laterza, Roma-Bari 1995.
- 7) Cosmacini G., Rugarli C. *Introduzione alla medicina*. Laterza. Roma-Bari 2000.
- 8) Engelhardt Jr H. Tr. *Manuale di Bioetica*. Il Saggiatore, Milano 1999.
- 9) Federspil G. Discorso scientifico e discorso etico in medicina: antiche e nuove problematiche: In: *'Etica e trasformazioni tecnologiche'*. Vita e Pensiero, Milano 1987.
- 10) Federspil G. La natura del sapere medico e la clinica. *Ann Ital Med Int* 2002; 17 (Suppl 1): 150S-162S)
- 11) Gadamer H-G. *Dove si nasconde la salute*. R. Cortina, Milano 1994.
- 12) Galimberti U. "Introduzione" a: Karl Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*. Raffaello Cortina, Milano.1991
- 13) Good B.J. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Edizioni di Comunità, Torino 1999.
- 14) Jaspers K. *Il medico nell'età della tecnica*. Raffaello Cortina, Milano 1991.
- 15) Jaspers K. *Psicopatologia generale*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2000.
- 16) Mc Keow Th. *La medicina: sogno, miraggio o nemesi?* Sellerio Editore, Palermo 1978.
- 17) Pancheri P. *Trattato di medicina psicosomatica*. USES, Firenze. 1984.
- 18) Pellegrino E.D. Philosophy of Medicine: Problematic and Potential. *J Med Philos* 1976; 1: 8.
- 19) Pellegrino E.D. The Anatomy of Clinical Judgment: Some Notes on Right Reason and Right Action. In: H.T. Engelhardt Jr., S.F. Spicker *Clinical Judgment: A Critical Appraisal*. Reidel Publishing Co., Dodrecht 1979. p. 171
- 20) Pellegrino E.D., Thomasma D.C. *A Philosophical Basis of Medical Practice*. Oxford University Press, New York 1981.
- 21) Valdrè L. *Medicina muta*. Rusconi, Milano 1995.
- 22) Villa L. *Medicina oggi: Aspetti di ordine scientifico, filosofico, etico-sociale*. Piccin, Padova 1980.
- 23) Voltaggio F. *La medicina come scienza filosofica*. Laterza, Roma-Bari. 1998.



Quali prospettive per la formazione multiprofessionale alla luce del nuovo Ordinamento?

Paola Binetti (Roma, Campus Biomedico)

Introduzione

La riforma universitaria, che la nuova normativa sull'autonomia didattica ha messo in movimento, presenta naturalmente vantaggi e svantaggi, recepiti nelle diverse sedi a seconda della loro tradizione, acquisita negli anni e spesso nei secoli, delle prospettive di sviluppo individuate con la propria creatività e delle effettive possibilità che in ciascuna struttura si presentano. Riformare in altri termini presuppone un diverso modo di vivere il proprio presente, senza prescindere dal proprio passato, ma con uno sguardo sul futuro che può apparire nello stesso tempo carico di timori e di speranze¹. Nelle facoltà di Medicina e Chirurgia la Riforma sta rapidamente cambiando alcuni elementi strutturali che possono essere così identificati:

- il *target* degli alunni: attualmente solo una piccola parte afferisce al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia; sono più numerosi gli studenti dei nuovi corsi di laurea, che complessivamente costituiscono un orizzonte variegato per storia della professione, tipologia di obiettivi, modelli professionali attuabili in seguito, ecc.
- il *target* dei docenti: la maggioranza dei concorsi accademici punta all'incardinamento dei nuovi docenti in cattedre, che fanno riferimento ai nuovi corsi di laurea, sia che si tratti di ambiti tradizionali (Anatomia, Fisiologia, ecc.), che di recente istituzione (Scienze infermieristiche, Scienze motorie, ecc.)
- l'aumentato fabbisogno didattico nelle attività formative di base e in molte di quelle caratterizzanti, per cui è necessario individuare modelli comuni, in cui l'integrazione tra i corsi non risponda solo a criteri di tipo economico (efficienza), ma anche culturale (efficacia)
- l'esplicito riferimento nei nuovi ordinamenti alla dedicazione di un certo numero di Crediti formativi alla didattica di tipo integrativo, per sviluppare maggiore visione d'insieme e superare la tendenza all'approccio disciplinare e soprattutto per porre le basi per un successivo lavoro in *équipe*.

L'attuale situazione della Sanità in Italia mostra la convenienza di avere tra i professionisti che compongono le *équipe* sanitarie persone che abbiano un percorso formativo che includa livelli di integrazione

culturale ed organizzativa più avanzati. Ciò consentirebbe di avere ad ogni livello decisionale tutte le competenze richieste dai problemi che si debbono affrontare. Proprio questa premessa richiede un approfondimento specifico di cosa sia e di quali obiettivi debba farsi carico la formazione multiprofessionale, messa a garanzia di un effettivo miglioramento della qualità della assistenza del malato. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (1988) ha definito la formazione multiprofessionale come "il processo grazie al quale un gruppo di studenti o di professionisti legati alla sanità, con diversi background alle spalle, durante un certo periodo della loro formazione imparano insieme, considerando l'interazione un obiettivo importante per fornire prevenzione, assistenza, riabilitazione ed altri servizi sanitari". I primi studi sulla formazione multiprofessionale (FMP) condotti con una progettualità precisa, orientata alla creazione di un dialogo efficace tra professionisti di diversi settori, sono stati fatti circa 15



anni fa da N. Areskog² dell'Università di Linköping in Svezia. Da allora il consenso intorno alla FMP è andato crescendo sia nell'ambito della ricerca scientifica nel settore educativo (*medical education*) sia negli ambiti istituzionali, per i possibili vantaggi sul piano organizzativo-gestionale. Questo tipo di formazione esige però un'adeguata riflessione sui processi formativi messi in gioco e sulle risorse necessarie per la pianificazione del lavoro. Soprattutto richiede un forte ed esplicito sostegno da parte di tutta la Facoltà. La FMP parte dall'esperienza della complessità, insita in ogni problema, e chiede ad un gruppo di persone di affrontare il problema tenendo sempre conto di due aspetti irrinunciabili: il mandato che il problema impone al gruppo e le capacità-competenza che ognuno di loro ha. Di volta in volta vanno negoziate le cose da fare con le cose che ciascuno sa fare, ridefinendo livelli di integrazione diversa, in cui sia sempre possibile ri-costruire il proprio profilo professionale sulla competenza orientata al compito specifico.

Integrare profili e piani di studio, multidisciplinarietà e multiprofessionalità

Se tra gli obiettivi principali della formazione multiprofessionale (FMP) c'è quello di migliorare il clima comunicativo del futuro lavoro in *équipe*, è necessa-

rio che la formazione venga data curando in modo particolare questo aspetto. I processi comunicativi nella FMP vanno tenuti costantemente sott'occhio, per evitare che si crei quel genere di microconflittualità che allontana dagli obiettivi iniziali. E' un aspetto che, se trascurato, può inficiare tutto il lavoro. Viceversa un clima di comunicazione efficace può costituire un'immagine significativa della percezione che i partecipanti hanno avuto della qualità del corso e la valutazione dei risultati è congruente con gli obiettivi e con le strategie messe in atto. Lo stile comunicativo da adottare, accanto alla specificità dei singoli profili professionali, deve prestare particolare attenzione alle loro interfacce, per migliorare le condizioni di integrazione e potenziare le reciproche competenze, senza alterare le prerogative caratterizzanti di ciascuna delle professioni coinvolte (Parsell e Bligh, 1998³).

Quando si parla di FMP il quesito non riguarda tanto la sua efficacia, generalmente e genericamente riconosciuta, ma piuttosto l'identificazione delle circostanze e dei momenti concreti in cui applicarla. Harden⁴ descrive un modello tridimensionale, studiato per risolvere alcuni dei più comuni dubbi riguardanti la FMP, nella cui pianificazione ed attuazione individua tre aspetti importanti: le modalità di approccio, il contesto in cui avviene l'esperienza formativa e gli obiettivi del *curriculum*. Questo modello, oltre a facilitare la pianificazione e l'elaborazione dei programmi di formazione, permette di analizzare e valutare le esperienze concrete in questo campo. A questi tre elementi occorre aggiungere altri due fattori importanti: il numero delle professioni coinvolte nell'esperienza e il numero di crediti previsti dal *curriculum* per la FMP (Majumdar *et al.*, 1998⁵). Anche i più convinti sostenitori di questo modello ritengono che per darle la giusta rilevanza occorre non far perdere di specificità i vari profili professionali coinvolti nell'esperienza.

Efficacia della formazione multiprofessionale

Per esprimere un giudizio sulla efficacia e sulla efficienza della FMP è necessario cercare di definire con la maggiore precisione possibile quali e quanti siano i suoi costi, reali ed occulti, e i relativi benefici. Tra i benefici bisogna considerare sia quelli intenzionalmente ricercati (obiettivi dichiarati) sia quelli inattesi, non programmati, che migliorano le condizioni di apprendimento e di lavoro nell'*équipe*. Gli indicatori di qualità della FMP non sono scontati e cambiano nei diversi contesti, a seconda delle aspettative soggettive delle figure professionali in gioco e a secon-



da delle attese della struttura didattico-professionale in cui sono inseriti⁶. Il giudizio dipende in gran parte dall'utilizzazione che si fa della FMP e dalla definizione previa dei parametri che contribuiscono a strutturare l'esperienza di formazione.

L'efficacia della FMP dipende in modo significativo dalla capacità di collaborazione e integrazione dei Presidenti di CCL di tutti i vari corsi coinvolti. Ciascuno, per quanto di sua competenza, deve assumersi l'onere della gestione delle attività previste dal progetto di FMP in modo coerente con gli obiettivi specifici del proprio corso. La valutazione va fatta soprattutto in funzione della capacità di collegamento e della flessibilità nella riprogettazione dei processi formativi, in funzione del *feedback* ricevuto dagli studenti e dai servizi in cui sono inseriti.

La FMP richiede un controllo di qualità ben studiato ed esplicitato, con particolare attenzione alla struttura organizzativa, alla definizione dei livelli di responsabilità, al rispetto delle procedure, incluse le linee di comunicazione e di coordinamento, alla chiarezza dei compiti di ognuno, alle risorse umane necessarie e a quelle effettivamente disponibili, incluse quelle tecnologiche disponibili in termini di competenza reale. A tutti comunque, nel pieno rispetto dei diversi ruoli, si chiede di assumere un'ottica per obiettivi e non per compiti, orientata alla soluzione dei problemi⁷.

L'efficacia della FMP è spesso limitata dalla capacità di mantenere gli impegni presi, perché al momento di assumerli non ci si è resi conto della complessità e della responsabilità legate alla iniziativa. La valutazione della FMP deve riguardare tutta l'attività progettuale dell'esperienza, dalla programmazione didattica fino all'erogazione del servizio dell'*équipe* professionale. Deve includere anche gli aspetti formali della nuova esperienza formativa, per esempio l'impostazione adottata per il controllo dei dati, la descrizione dei risultati che si vogliono raggiungere collegialmente, compresi quelli che ogni profilo professionale vuole raggiungere, precisando le differenze specifiche di ognuno rispetto ai vari obiettivi. Inoltre si deve tener conto dei livelli di ingresso degli studenti, dei loro interessi e degli eventuali debiti formativi.

E' molto importante che la valutazione dell'efficacia dell'esperienza non si risolva in una valutazione finale del prodotto, ma sia soprattutto una valutazione dei processi, con la possibilità di ricavarne degli indicatori di predittività, in base ai quali si possono modulare gli interventi di aggiustamento necessari.

La valutazione può riguardare alcuni parametri strutturali come: la

tipologia di attrezzature utilizzate (aule con specifica dotazione per attività di simulazione), i materiali didattici (libri, dispense, CD, SW specifici, ecc.), le persone (numero di docenti e di tutori, soprattutto di tutori clinici, personale di segreteria, ecc.), metodi impiegati (procedure, tipologia didattiche impiegate, *setting* di apprendimento, ecc.), ma anche *outcomes* misurabili indirettamente, come i risultati degli studenti: numero di esami dati e votazione riportata, livello di partecipazione (frequenza alle lezioni, ai tirocini, ai seminari, ecc.). Le tecniche statistiche di analisi dei risultati sono uno strumento ausiliare interessante, anche se non possono sostituire gli indici di tipo qualitativo, meno rigorosi ma più sensibili per una serie di aspetti relazionali. L'analisi della efficacia della FMP deve comprendere anche la stessa analisi degli strumenti di valutazione utilizzati, perché dalla loro coerenza interna con gli obiettivi dipende in gran parte il giudizio che si può formulare. Ma forse l'elemento più interessante per valutare l'efficacia della FMP è il controllo delle non conformità, intendendo per non conformità quei requisiti o quegli obiettivi riscontrati durante il processo di FMP diversi da quanto specificato e quindi da quanto previsto. La valutazione deve assicurare l'identificazione, la documentazione, il riesame, il trattamento e la risoluzione delle cause della non conformità. L'analisi delle non conformità garantisce il controllo dell'efficacia e dell'efficienza, perché permette l'applicazione di azioni correttive e preventive.

Questo modo di procedere permette di diagnosticare eventuali carenze della struttura organizzativa che non consentono di raggiungere gli obiettivi identificati, consente anche di verificare quando in presenza di tutti gli strumenti di struttura e di processo



non si sono comunque raggiunti i risultati ipotizzati. Per ottenere buoni risultati nella FMP è necessario raggiungere un discreto livello di comunicazione empatica, necessario per condividere non solo i risultati, ma anche il significato che si attribuisce agli eventi, superando l'ottica di tipo individualistico per fare propria una visione collegiale, che si interroga meno sui ruoli e più sulla capacità di rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia, senza dimenticare i bisogni di tutto il personale coinvolto.

Obiettivi, metodologie e *setting*

Obiettivi e strategie della FMP si vanno trasformando mano a mano che progredisce la preparazione specifica dei diversi studenti in rapporto alla acquisizione delle competenze del proprio profilo professionale. Via via si impara a comprendere le esigenze dei colleghi e le loro eventuali difficoltà nell'affrontare compiti comuni, a valorizzare abilità e atteggiamenti diversi dai propri nell'affrontare le situazioni-problema e tutto ciò modifica progressivamente l'ottica in cui ci si muove all'interno della FMP. Per questo obiettivi e strategie cambiano nelle varie tappe e ai vari livelli della formazione e ciò diventa particolarmente chiaro in due momenti critici: al momento dell'ingresso in università e al momento dell'ingresso nel mondo del lavoro. Sono obiettivi previsti la possibilità di:

- creare una base di competenze comuni alle differenti professioni, necessarie per una migliore comprensione dei più complessi problemi sanitari (*mastery learning*);
- formare un'*équipe* di lavoro versatile, che sappia superare barriere e demarcazioni professionali; rigide ed anacronostiche (*cooperative learning*);
- sviluppare fiducia e comprensione reciproca;
- acquisire capacità legate al lavoro di squadra, alla collaborazione e alla comunicazione, che rendano più agevole lavorare insieme (*net working skills*).

Una pianificazione didattica di ampio respiro culturale, concreta e attenta agli obiettivi di apprendimento degli studenti, ai livelli di conoscenze-competenze già acquisite, alle eventuali lacune, ai loro interessi e perfino alle loro idiosincrasie, crea le giuste premesse per una FMP efficace. Una didattica per problemi, soprattutto se sono in gioco i problemi prioritari di salute, costituisce un fattore di grande efficacia nella FMP, perché stimola a capire un problema guardandolo sotto tutti gli aspetti e sfida a cercare soluzioni per ognuno di loro. Il *problem-based learning* risulta particolarmente attraente come con-

testo della FMP, proprio perché incoraggia la cooperazione tra i partecipanti e ne diminuisce lo spirito di competizione. Vi sono anche alcuni temi culturali, per loro stessa natura intrinsecamente interdisciplinari, che favoriscono la FMP. Ne sono esempi la antropologia, la metodologia clinica, la psicologia clinica, l'etica medica, la geriatria, l'area critica, l'oncologia e le cure palliative, il vasto campo della medicina sociale e dell'organizzazione e del *management*, ecc.

Non è facile definire il *setting* più adeguato per la FMP: la medicina d'urgenza offre dei vantaggi, perché per giungere rapidamente alle decisioni ottimali esige un'efficace sintonizzazione di tutti gli operatori. Proprio per questo però non può essere utilizzata nella fase iniziale della FMP, quando ogni studente deve ancora capire ed imparare ciò che è di sua stretta competenza. La medicina del territorio può essere considerato un buon ambiente formativo, ma anche in questo caso si richiede un'ampia visione d'insieme e il coinvolgimento di figure non sempre facilmente contattabili nel contesto formativo istituzionale: dal medico di base all'assistente sociale, ad esempio.

Il *setting* ideale della FMP è caratterizzato da una *forma mentis*, che individua in ogni situazione di apprendimento o in ogni esperienza professionale, i maggiori vantaggi derivanti dalla convergenza di diversi apporti professionali, anche quando richiedono un tempo maggiore per la programmazione impongono ad ognuno lo sforzo di spiegare il proprio punto di vista senza darlo per scontato e presumono un atteggiamento di ascolto rispetto al punto di vista dell'altro, senza frettolose deduzioni, che possono alterare le dinamiche conoscitive e relazionali. Il clima si è rivelato utile per determinare il fulcro della FMP. Il fattore più interessante del clima formativo è l'immagine mentale che i diversi professionisti hanno del lavoro altrui, la disponibilità a considerare il loro lavoro con una dignità pari almeno al proprio e soprattutto la convinzione profonda della necessità della interazione reciproca per raggiungere gli obiettivi comuni.

La peculiarità del *setting* nella FMP non è la sua collocazione spaziale, ma il suo sviluppo temporale che ha nella centralità del paziente e nella complessità dei suoi bisogni, il proprio filo conduttore. La difficoltà principale in un *setting* di questo tipo è la successione e l'alternanza delle diverse figure di professionisti, che cercano di dare risposte a bisogni puntuali, senza avere una visione globale né dei problemi del paziente né delle iniziative dei curanti che vengono via via interpellati dal paziente. Il paziente

si trova ad agire in un contesto paradossale per cui mentre da un lato è il soggetto debole verso il quale si orienta la relazione di aiuto competente di quanti si occupano di lui, dall'altro svolge il ruolo più difficile, perché deve integrare e coordinare gli interventi degli altri, che comunicano con lui senza comunicare tra di loro. In un progetto di FMP è proprio la relazione dei curanti tra di loro e prima e dopo con il paziente che caratterizza l'atmosfera terapeutica, moltiplicandone l'efficacia.

Coordinamento nella FMP

Conviene che la *leadership* del gruppo abbia un andamento flessibile e si identifichi di volta in volta con quel membro che più e meglio possiede gli strumenti per risolvere, con il contributo di tutti, i problemi del malato. La competenza può essere di ruolo o personale, in ogni caso è caratterizzata intrinsecamente proprio dalla capacità di creare una rete di rapporti significativi, che valorizzino gli apporti degli altri con la maggiore soddisfazione possibile per ognuno. La *leadership* in un' *équipe* multiprofessionale ha soprattutto la valenza di una regia, che consente ad ognuno di svolgere il proprio ruolo, generando un prodotto nuovo rispetto agli apporti originari, ma tale per cui ognuno ci si possa riconoscere e possa essere riconosciuto dagli altri per il suo valore specifico.

Occorre riuscire a trasformare una motivazione volta ad evitare il fallimento (*Motive to avoid failure*), che generalmente allontana le persone davanti al rischio dell'insuccesso, in una motivazione al successo (*Motive for success*), che esprime un chiaro bisogno di riuscita, ma anche una sensibile autostima e maggiore disponibilità alla collaborazione e alla integrazione con gli altri. Si sa che ogni iniziativa che implica rendimento suscita anticipazioni emotive sia positive (speranza di successo) che negative (timore di insuccesso), l'equilibrio tra queste due opposte tendenze determina il comportamento dell'individuo e definisce la sua capacità di rischio⁹. In un lavoro di *équipe* un grosso ostacolo è costituito dal timore dell'insuccesso, legato alla paura che il gruppo non sia capace di strutturarsi in funzione di un obiettivo comune (legami deboli), oppure alla esperienza previa per cui qualcuno nel gruppo ha un atteggiamento di tipo prevaricante, che ignora le competenze specifiche degli altri membri e scarica sul gruppo un forte livello di frustrazione. Riuscire a trasformare questo timore nella percezione di una buona probabilità di successo ha un forte valore incentivante, sempre che il successo venga percepito come obiettivo del gruppo e come obiettivo del singolo nel gruppo. Se si riesce ad attivare un livello di orgoglio anticipato per i risultati che il gruppo conseguirà, si possono mobilitare molte risorse da parte di tutti e si possono contenere le inevitabili ansie legate al compito. L'aspettativa positiva di successo crea una atmosfera facilitante rispetto ai processi di negoziazione comunque indispensabili per raggiungere un risultato collettivo. Imparare a rendere espliciti gli apporti offerti dai membri messi in posizione di minore visibilità rispetto agli altri contribuisce all'affiatamento del gruppo e diversifica i livelli di gratificazione che ognuno attende per il proprio lavoro. In un certo senso alla minore gratificazione esterna che un determinato profilo professionale può ricavare dal suo contributo al gruppo deve corrispondere una maggiore gratificazione interna per il suo apporto specifico, che costituisce una condizione

necessaria ancorché insufficiente per ottenere da sola il risultato finale.

In questo senso il leader di un' *équipe* multiprofessionale deve operare un attento bilanciamento delle gratificazioni per evitare sul nascere le possibili gelosie di profilo professionale, che scatenano sempre un atteggiamento di tipo oppositorio o rivendicativo¹⁰. La ragione principale dell'ostacolo, che rallenta il processo positivo del gruppo verso la soluzione del problema, è sempre nel timore di sentirsi svalutati e di sentirsi subordinati ad altri, invece che integrati proprio in ragione delle diversità di apporti e di competenze. La FMP aiuta a riflettere su questi aspetti e a cogliere la necessità di avere sempre un estremo rispetto per professionalità diverse dalla nostra, che sono però essenziali per raggiungere gli obiettivi specifici che ci competono.

Varianti ed alternative nella FMP

Nel nuovo Ordinamento didattico previsto per i diversi Corsi di laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia è possibile individuare varie formule di FMP, a partire dalle tipologie delle attività formative: di base, caratterizzanti, affini & integrative e delle discipline che vi sono comprese. Ad esempio un unico corso di anatomia o di fisiologia per infermieri, ostetriche, fisioterapisti, ecc., con una condivisio-

APHACA



ne di un 60-70% di CFU, mentre il restante 30 % può assumere caratteri di maggiore specificità, in funzione del rispettivo profilo professionale. Un'altra possibilità è quella di seguire un corso di metodologia clinica, insieme a studenti del corso di laurea in Medicina e Chirurgia, centrato sull'acquisizione delle *reasoning skills*, essenziali per sviluppare correttamente le procedure diagnostico-riabilitative. Sono due modi di fare della FMP in funzione di due modelli didattici diversi: uno più tradizionale, per discipline, e uno più moderno per problemi. E' importante tener presente che si può fare della FMP a partire da approcci diversi, perché in ogni caso rappresenta un valore aggiunto sia in chiave culturale che professionale.

L'uso intercambiabile ed indiscriminato di termini diversi nell'ambito della FMP genera confusione e crea problemi sia di tipo comunicativo che organizzativo. D'altra parte la mancanza di chiarezza terminologica non è casuale, in quanto riflette una scarsa formalizzazione del pensiero pedagogico, che sottende questo tipo di iniziative. Si deve ad Harden (1998) il primo tentativo di descrivere in modo strutturato i diversi approcci all'insegnamento e all'apprendimento multiprofessionale come tappe sequenziali, che vanno dall'insegnamento basato sulla *disci-*

plina o sull'argomento, fino all'insegnamento integrato, multiculturale o transculturale.

Sono stati descritti undici passi dalla formazione monoprofessionale a quella transprofessionale. Questo approccio ha una ricaduta efficace anche in ambito professionale, perché permette di mettere meglio in evidenza tutti i nodi relazionali e gli incastri operativi che i diversi profili professionali hanno in rapporto a determinati problemi da affrontare insieme. Le varie tappe di questo percorso sono collegate alle situazioni formative e le differenze sono sintetizzate nella tabella allegata. I parametri presi in considerazione sono l'approccio culturale, che va da un apprendimento per discipline ad un apprendimento per problemi, l'approccio professionale che prevede una integrazione in esperienze lavorative complesse condivise. Comprende anche lo spostamento da un sapere specialistico specifico all'accoglienza della molteplicità dei saperi e tiene conto del profilo professionale di ognuno. Presuppone la necessità di coltivare la convinzione della pari dignità dei lavori professionali anche attraverso un esplicito consenso e riconoscimento di valori. Favorisce lo spostamento dall'apprendimento teorico all'esperienza legata alla pratica clinica e al mondo reale dell'assistenza sanitaria. Tiene conto dello sviluppo della reciproca comprensione e della reciproca partecipazione. Il superamento della generica difficoltà a comunicare e collaborare, perché si è portatori di culture e metodologie diverse, si può in parte risolvere quando si riesce ad inquadrare i problemi nella loro oggettività e si fa una diagnosi precisa del mandato di ognuno in relazione all'obiettivo da raggiungere (*Objective oriented*) e si garantisce ad ognuno la piena espressione del proprio punto di vista, delle proprie competenze e delle proprie aspettative.

Nella formazione multiprofessionale la qualità intellettuale più importante è la flessibilità, che consente di cogliere il punto di vista dell'altro nel suo significato più profondo, -esplicito ed implicito- senza rigidità, mentre nel lavoro in *équipe* la qualità più rilevante resta il rispetto per l'altro come persona e come professionista. Su questi due punti chiave si costruisce il vero perno del sistema che è la capacità di negoziare e di mediare. Imparare a negoziare concedendo all'altro tutto lo spazio, fisico, mentale e psicologico, di cui ha bisogno per realizzare il proprio lavoro e pretendendo in cambio rispetto per il proprio, ritagliato di volta in volta sui bisogni effettivi dello studente, del paziente, dell'utente, ecc..

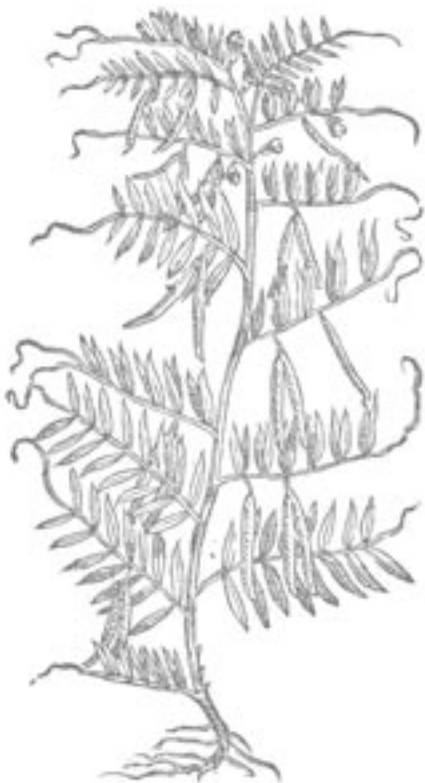
Conclusioni

Perché la FMP sia efficace, va considerata nell'ottica di cui si è già detto, con attenzione agli obiettivi, alle strategie e al contesto; senza questo approccio non è possibile ottenere risultati apprezzabili. La FMP infatti può fallire anche perché la si adotta nel modo sbagliato.

Sono fattori promozionali in *area didattico-formativa*¹¹:

- la chiarezza sui motivi dell'inserimento delle proposte multidisciplinari
- la comunicazione tempestiva del progetto agli studenti non appena intraprendono il corso
- la puntualizzazione degli obiettivi relativi al modo in cui la FMP può evolvere lungo gli anni

VECCIA



1. ISOLAMENTO	E' una posizione estrema, per cui non c'è alcun contatto tra le diverse professioni per quanto riguarda l'ideazione, la pianificazione e la realizzazione dei rispettivi programmi di insegnamento. Ogni riferimento o considerazione sul ruolo delle altre professioni in qualsiasi parte del programma di insegnamento e di formazione è casuale e non pianificato.
2. PRESA DI COSCIENZA	A questo livello non vi è ancora formale collaborazione tra i docenti delle diverse professioni nei programmi di insegnamento, ma ciascuna professione è consapevole del ruolo svolto dalle altre e questo può influenzare i rispettivi programmi di insegnamento.
3. CONSULTAZIONE	Si discute tra le diverse professioni e questo può avere alcuni effetti sui programmi di insegnamento. Il programma di ogni professione rimane separato e distinto, ma può mostrare maggiore comprensione dei ruoli delle altre professioni sanitarie in relazione all'argomento in programma.
4. INCONTRO OPERATIVO	Non si parla ancora di insegnamento in comune o unificato, ma è già stato fatto un serio sforzo per fornire agli studenti di una professione il punto di vista e la comprensione delle altre. I docenti della seconda professione presa in esame possono contribuire al programma formativo: ad esempio, per gli studenti di medicina c'è un particolare modulo di studio nel settore del <i>nursing</i> .
5. COORDINAMENTO TEMPORALE	Rappresenta il primo passo verso l'insegnamento unificato o condiviso. Comporta cambiamenti dell'orario, in modo che un'esperienza simile possa essere programmata per più CL nello stesso tempo. I vantaggi di questo approccio, che richiede la pianificazione congiunta dei vari Corsi, possono essere le economie di scala e l'ottimizzazione dell'uso delle risorse di apprendimento.
6. INSEGNAMENTO CONDIVISO	La caratteristica propria di questa tappa è l'interazione tra le differenti professioni come parte essenziale di un programma di insegnamento stabilito insieme, condiviso nelle premesse, nelle strategie e nelle attività didattiche scelte di comune accordo. Questa collaborazione, tuttavia, si applica solo ad una parte ben definita e circoscritta del programma formativo del corso.
7. CORRELAZIONE	Il fulcro della formazione è ancora di tipo monoprofessionale, ma sono previste alcune sessioni di studio e di lavoro, in cui da una prospettiva multiprofessionale vengono presi in esame alcuni argomenti generalmente riservati all'insegnamento monoprofessionale. Le sessioni sono strutturate soprattutto per trattare temi legati alle barriere professionali o alle differenze tra una professione e l'altra.
8. CONSENSO	In questa fase i corsi hanno un duplice approccio mono e multiprofessionale: ognuno sviluppa una particolare sensibilità per comprendere e valorizzare le competenze dell'altro. L'elaborazione di un <i>curriculum</i> basato sul PBL permette agli studenti di far parte di piccoli gruppi multiprofessionali e di condividere alcune esperienze formative.
9. FORMAZIONE MULTIPROFESSIONALE	L'importanza accordata alla FMP è molto alta. Ogni CL considera i temi secondo il punto di vista della propria professione e l'influenza che esercita nelle altre. Nel PBL ogni corso discute il proprio approccio secondo la prospettiva della propria professionalità specifica confrontandosi su un problema comune per giungere ad una decisione condivisa e messa in pratica con un pari livello di responsabilità.
10. FORMAZIONE INTERPROFESSIONALE	La distinzione tra i differenti corsi che considerano ogni argomento sia secondo il punto di vista della propria professione che secondo quello delle altre si riduce. Il ricorso al <i>role-playng</i> come tecnica didattica consente di far sperimentare a infermieri e medici ruoli diversi con l'obiettivo di promuovere la collaborazione pratica. Si discutono i punti di contatto tra i vari corsi e si arriva ad un terreno comparativo nel quale si confrontano sia le similitudini che le differenze tra contenuti e ruoli.
11. FORMAZIONE TRANS-PROFESSIONALE	La FMP occupa un posto di primo piano nel contesto della pratica clinica., il <i>setting</i> è costituito dalla vita reale, non dall'aula. Ne è esempio il tirocinio in corsia in uso presso l'Università di Limburg, dove gli studenti si alternano nella gestione dei pazienti ammessi in corsia per i vari trattamenti

- la riflessione attenta su come gli obiettivi possano essere vicendevolmente rinforzati
- la garanzia che siano coinvolti solo docenti favorevoli alla FMP
- la preparazione di casi basati su problemi, che possano essere compresi da tutti gli studenti
- il coinvolgimento degli studenti nella valutazione della FMP
- la consapevolezza del grado di interdipendenza dei corsi
- la riflessione attenta sui vantaggi e sugli svantaggi dell'introduzione della FMP nei diversi momenti.

Sono fattori promozionali in *ambiente clinico-assistenziale*¹²:

- la conoscenza dei vantaggi della FMP nei processi decisionali dell'ambito assistenziale
- la chiarezza degli scopi e degli obiettivi di ogni iniziativa e la ricaduta su tutto il *setting* organizzativo
- la conoscenza delle linee strategiche della FMP da parte dei responsabili delle unità operative
- la consapevolezza che la FMP richiede mezzi e risorse adeguate in tempo, spazio, aggiornamento ecc.
- la definizione dei ruoli e delle responsabilità nelle *équipes* multiprofessionali
- la comprensione dei vantaggi e degli svantaggi della introduzione della FMP nei diversi momenti.

La formazione multidisciplinare può arrecare considerevoli benefici alla sanità, ma non è una scelta facile né a buon mercato. Perché abbia successo è necessario che sia adeguatamente sostenuta, che il fondamento per il suo sviluppo sia chiaro sia al corpo docente, che ai responsabili dei servizi clinico-assistenziali e agli studenti, e che ad ogni livello siano fissati obiettivi chiari e raggiungibili¹³. Richiede inoltre un'attenzione continua ed un'adeguata riflessione sui vantaggi e gli svantaggi del suo inserimento. Infine, come tutte le iniziative educative, il suo successo dipende in ultima analisi dal supporto e dall'impegno di tutto il personale coinvolto.

Bibliografia

1. Binetti P, La formazione multiprofessionale: una sfida culturale e professionale, in *La Formazione infermieristica in Italia*, a cura di Binetti P, Matarese M, De Marinis MG, Tartaglioni D, SEU, Roma, 1999, 120-172
2. Areskog N., *The need for multiprofessional health education in undergraduate studies*, Medical Education, 22, 251-252, 1988
3. Parsell & Blight, Interprofessional Learning, Post Graduate

Med J 1998, 74:89-95

4. Harden RM, Davis MH, The continuation of Problem Based Learning, Med Teacher, 1998, 20 (4):317-322
5. Majumdar B, Dye P, Ellis S, *The use of PBL within a multi-professional curriculum*, Newsletter of the network of Community Orientated Educational Institutions for Health Sciences, 1998, 28
6. AMEE, guida n. 12: la formazione multiprofessionale, Parte 1, Med Teacher, 5, 1998.
7. Carpenter J, Interprofessional education for medical and nursing students, evaluation of programme, Med Education, 1995, 29
8. Bassi D, e altri. *Metodologia ed organizzazione delle attività di valutazione dei diplomi universitari*. Ed. CRUI, Roma, 1998
9. Atkinson J., *An introduction on motivation*, ed. Van Nostrand, Princeton, N.J., 1964
10. Pirrie A, et Al, AMEE Guide N. 12, Multiprofessional Education, part 2, Promoting cohesive practice in health care, Med Teacher 1998, 20, 5
11. Mathias P, Thompson T, *Interprofessional working for health and social care*, London, MacMillan, 1997
12. World Federation for Medical Education., *The Edinburgh Declaration*. World Conference on -Medical Education, Edinburgh, Scotland, 7-12 August 1988; report, Edinburgh
13. Harden RM, Evolution or revolution and the future of medical education: replacing the oak tree, Med Teacher, 2000, 22, 5:435-443



Attività formativa professionalizzante in Medicina Generale

Fausto Grignani (*Perugia*), Giovanni Delrio (*Napoli II Facoltà*)

Il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG) nella formazione degli studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia è divenuto indispensabile negli ultimi anni, ancor più che in passato, per una serie di motivazioni.

Innanzitutto i Decreti d'area per la Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia hanno condotto a parlare in maniera esplicita di periodi di tirocinio presso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale, nell'ambito dei crediti professionalizzanti che gli studenti devono ottenere prima della laurea. Inoltre la recente riforma dell'Esame di Stato prevede, tra l'altro, un mese di tirocinio valutativo presso i Medici di Medicina Generale e non c'è chi non veda la difficoltà organizzativa ed anche il pericolo di questa disposizione, se non è adeguatamente preparata. Non è facile reperire improvvisamente medici disponibili e competenti che svolgano un lavoro di valutazione complesso e delicato.

A parte le disposizioni di legge, c'è un'obiettivo necessità di utilizzare nell'insegnamento coloro che più direttamente sono a contatto con i problemi dell'ambiente di vita dei cittadini. Questa necessità, è insita nella stessa natura della Medicina - e lo vedremo più avanti -, ma deriva anche dalle modificazioni che di recente si sono verificate nelle strutture tradizionalmente destinate ad essere la palestra principale d'addestramento dei futuri medici: l'Ospedale.

Negli ultimi anni, gli Ospedali Universitari che nella grande maggioranza dei casi ospitano i corsi di laurea in Medicina, sono andati incontro ad un rinnovamento radicale d'impostazione. Le modalità organizzative del Servizio Sanitario Nazionale hanno, infatti, spinto gli ospedali, ed in particolare quelli universitari, verso una specializzazione sempre maggiore, necessaria per gli interventi di avanguardia, per l'attività di ricerca, per il progresso della scienza. Ma viene spontanea la domanda se questa evoluzione, in sé sacrosanta, sia compatibile con la preparazione delle giovani generazioni di medici e a questa preparazione funzionale. Sia ben chiaro: noi siamo ben lontani dal sostenere che le alte specializzazioni, le patologie più sofisticate, le metodologie d'avanguardia non debbano essere insegnate agli studenti. Debbono esserlo invece, perché rappresentano un approccio paradigmatico alla patologia, sia come

metodo per affrontare i problemi, sia come modernità di conoscenze. Ma indubbiamente non possono essere l'unico modello d'insegnamento. Il rischio è quello di creare un falso "imprinting" nello studente che sarà forzato sempre a ricercare nella sua attività professionale la diagnosi meno usuale e meno "banale".

In questo modo può sfuggire al futuro medico la reale prevalenza delle patologie nel territorio che gli sarà affidato, poiché la ricerca dell'eccezione, del malato strano e grave che avrà visto in ospedale sarà sempre davanti ai suoi occhi.

Ma c'è dell'altro: tutti noi sappiamo la pressione cui siamo sottoposti perché le degenze ospedaliere siano le più brevi possibile. Pochi giorni e l'ammalato ritorna al suo domicilio, controllato a volte ambulatorialmente dalla stessa struttura ospedaliera, ma frequentemente senza la presenza degli studenti. Questo rapidissimo *turnover* rende assai difficile, spesso superficiale, quasi sempre fugace il contatto umano fra l'ammalato ed il medico che lo cura. Ancora una volta è indispensabile che l'approccio tecnico sia assolutamente competente e mirato alla malattia di cui il soggetto è portatore, ma non c'è dubbio che la malattia rappresenta solo un elemento, anche se probabilmente il più importante - in quel particolare momento - nella vita del paziente; ma non è l'unico. C'è il "vissuto" dell'ammalato, c'è l'"indotto" che la malattia crea nell'ambiente del malato, ci sono le conseguenze che la malattia determina nel corpo del soggetto, nella sua attività lavorativa e relazionale. Tutto ciò rischia di sfuggire anche al medico esperto che potrà però far tesoro della sua esperienza per recuperare questi aspetti specifici. Ma sfugge quasi certamente allo studente che non può avvalersi della medesima esperienza.

Infine c'è un altro significativo elemento che deve essere tenuto presente. In ospedale arriva l'uomo ammalato, in uno specifico episodio del suo percorso esistenziale. Manca - o è debole - la nozione del perché si è ammalato e di quello che avverrà dopo l'episodio che ha condotto al ricovero. Non si può incidere sullo stile di vita che può rendere più improbabile la malattia, non si può seguire passo passo il ricupero eventuale della salute.

Non c'è dubbio pertanto che lo studente che vive

solo in ospedale ha una visione parziale dei problemi della salute, che gli possono venire accuratamente illustrati, ma che non vive in prima persona in maniera diretta. Pertanto è indispensabile ampliare le esperienze che lo studente deve fare coinvolgendo nella didattica gli Ospedali del territorio, i Centri di salute, ma soprattutto i Medici di Medicina Generale che operano nel territorio.

A loro si deve chiedere non già di sostituire l'insegnamento frontale o quello interattivo che viene svolto nelle strutture ospedaliere, ma di completarlo in maniera specifica colmando le lacune che necessariamente si verificano.

Se quindi si deve fornire qualche indicazione sul contenuto specifico di questo tipo di didattica tutoriale, vanno sottolineati i seguenti punti.

1. Lo studente deve imparare a valutare lo stile di vita dei cittadini che sono affidati alle cure del MMG, valutazione che si può facilmente estendere, direttamente o indirettamente a tutto il nucleo familiare. Lo stile di vita è di grande rilievo per la conservazione della salute e deve essere chiaro che difendere la salute a livello individuale è più importante che ricuperarla dopo una malattia. Analoga osservazione può essere avanzata in relazione all'attività lavorativa, spesso concausa di eventi morbosi. Dall'osservatorio del MMG può anche essere valutato come si difende la salute a livello di comunità, ma questo è in genere il compito specifico di un altro tipo d'insegnamento, quello della "salute pubblica".

2. Lo studente deve capire quale sia la patologia prevalente in un determinato territorio e in uno specifico periodo temporale (estate, inverno ecc.). Il "caso" eccezionale deve sempre essere tenuto presente, ma nella valutazione delle diagnosi differenziali vanno privilegiate le più frequenti deviazioni dalla salute. L'ospedale non è certamente, per questo aspetto, un osservatorio adeguato.

3. Lo studente deve anche direttamente osservare le turbative che la malattia comporta per la normale esistenza dell'ammalato, la sua influenza nella vita familiare e lavorativa e, per contro, l'influenza che queste variabili esercitano sul decorso della malattia. Pur avendo ben presente lo specifico quadro morboso da diagnosticare e curare nel singolo individuo, lo studente deve avere davanti il quadro complessivo (olistico, per utilizzare una parola abusata, ma efficace) della storia personale dell'ammalato che gli sta di fronte. Deve inoltre conoscere il significato di alcune situazioni esistenziali particolari (infanzia, adolescenza, gravidanza e soprattutto vecchiaia), che sono gravate di problemi specifici e peculiari. Ancora una

volta solamente il MMG ha le possibilità di osservare la situazione da questo punto di vista.

4. Lo studente deve anche rendersi conto che il soggetto che ha perso la sua salute può richiedere l'intervento di numerose figure professionali complementari all'attività del medico che ha la responsabilità primaria di diagnosticare e trattare la malattia. Gli esempi possono essere numerosi: ricordiamo soltanto, come atti indispensabili per la diagnosi, gli accertamenti diagnostici (laboratoristici e di immagine) che richiedono specifiche professionalità. È indispensabile che lo studente apprenda sul campo che questo settore deve essere guidato da una singola persona alla quale soltanto spetta decidere quali approfondimenti scegliere e perché. Analogamente è possibile che il trattamento complessivo dell'ammalato richieda l'intervento di competenze specialistiche diverse a seconda delle occasioni, ospedaliere od extra-ospedaliere. Tutte queste collaborazioni, non escluse quelle relative alla riabilitazione, richiedono percorsi specifici e spesso rapporti interpersonali complessi, le cui dinamiche devono essere conosciute da chi dovrà viverle in futuro. Anche i rapporti fra gli Ospedali e il MMG devono essere considerati dallo studente dal punto di osservazione del mondo esterno e non solamente da quello ospedaliero.

5. Tutte queste tappe possono essere vissute in modo corretto solo se si stabilisce un solido rapporto tra l'assistito e il suo medico. Lo studente dovrà essere testimone di questo rapporto, che va oltre uno specifico episodio morboso, ma investe tutta la vita del soggetto "assistito". Come si vede, non è necessario immaginare procedure complesse d'insegnamento. Si tratta solo di seguire la vita quotidiana di un Medico di Medicina Generale e di osservare il suo rapporto con le persone affidate alle sue cure.

La metodologia scientifica di approccio alla malattia non deve essere diversa da quella proposta in Ospedale: su questo punto non si insisterà mai abbastanza. Le evidenze (*evidence based medicine!*) che guidano la diagnosi e la cura in ospedale devono essere le stesse che vengono applicate fuori dell'ospedale: ma è diverso il contesto, e il contesto fa parte dei parametri che devono essere tenuti in considerazione.

Se queste sono le esigenze, a nostro avviso incontestabili, le difficoltà che si frappongono a realizzarle devono essere superate, ma non possono essere sottaciute. Può essere presentata, come modello, la soluzione umbra:

1. La prima difficoltà, riguarda gli strumenti operativi che consentono la realizzazione del programma. Seguendo i suggerimenti della Conferenza dei

Presidenti dei CCL riportato in tabella, in Umbria è stata stipulata una Convenzione fra l'Università e l'Ordine dei Medici che ha poi delegato a rappresentarlo la Scuola Umbra di Medicina Generale (SUMG). La convenzione è stata siglata dal Rettore, dai Presidenti degli Ordini dei Medici e dal Presidente della SUMG.

2. I medici coinvolti, hanno ricevuto dal Rettore dell'Università l'incarico formale di Docenti - Tutori ed operano con un rapporto 1:1 con gli studenti nei loro Ambulatori o al domicilio dell'ammalato.

3. La selezione dei medici è avvenuta, dopo una domanda presentata all'Università tramite l'Ordine dei Medici, mediante una selezione da parte di una

Commissione presieduta dal Presidente del CCL e composta da tre rappresentanti della Facoltà e da tre rappresentanti dei MMG (nella fattispecie i due presidenti degli Ordini dei Medici ed il Presidente della SUMG).

4. I medici sono retribuiti con fondi del CCL in prima applicazione e, si spera, con fondi regionali a regime.

5. Fra i Docenti-Tutori sono stati selezionati dalla stessa Commissione due Coordinatori, uno per Perugia e uno per Terni che avranno diritto di partecipare alle sedute del CCL.

6. L'attività presso i MMG non è opzionale, ma fa parte della Didattica Interattiva Professionalizzante obbligatoria.

HIPERICO



ASCIRO



Proposta di convenzione tra le Facoltà di Medicina e Chirurgia e la Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici per la realizzazione di una attività pratica di tirocinio, presso gli Studi dei Medici di Medicina generale, degli Studenti del Corso di Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia.

La Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e la FNOMCeO - Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, Chirurghi ed Odontoiatri,

premesso che

la Facoltà di Medicina e Chirurgia è interessata al raggiungimento degli obiettivi qualificanti del Corso di Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia, tra cui

- acquisire da parte dello Studente, un approccio olistico ai problemi di salute,
- acquisire una visione unitaria dello stato di salute e di malattia del singolo individuo anche nella dimensione socio-culturale
- acquisire la capacità di affrontare problemi sanitari anche dal punto di vista preventivo
- acquisire la capacità di riconoscere i problemi sanitari della Comunità
- acquisire un'adeguata conoscenza della Medicina di famiglia e del territorio anche mediante esperienze pratiche di formazione sul campo

la FNOMCeO - Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri-condivide tale orientamento ed intende contribuire alla sua realizzazione;

si propongono

di organizzare congiuntamente parte dell'attività formativa professionalizzante degli studenti del quinto e/o sesto anno del Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia, da svolgere presso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale, in ottemperanza a quanto previsto dagli ordinamenti didattici attualmente in vigore.

La realizzazione di quanto sopra esposto avverrà, sentite le Società scientifiche interessate, mediante firma di una convenzione tra il singolo Ateneo e l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

della provincia in cui ha sede l'Ateneo.

La convenzione dovrà prevedere quanto segue:

a) il riconoscimento del titolo di Tutore al Medico di Medicina Generale presso il cui studio gli Studenti svolgeranno il tirocinio per l'Anno Accademico per il quale viene stipulata la convenzione;

b) la nomina di un *board* paritetico incaricato di scegliere i tutori, definire gli obiettivi formativi del tirocinio ed i tempi e le modalità di realizzazione; monitorarne l'attività mediante schede di valutazione, così come viene già effettuato per la didattica del Corso di Laurea; formulare proposte per il perfezionamento dell'iniziativa.

c) l'articolazione dello svolgimento del tirocinio.

- in un periodo di frequenza degli studi dei Medici di Medicina Generale da parte di uno Studente per ogni Medico scelto per un periodo massimo di due mesi;

- nella frequenza di seminari svolti da Medici di Medicina Generale, organizzati presso le strutture didattiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia

d) le modalità di valutazione del raggiungimento degli obiettivi formativi da parte dello studente

e) i criteri di selezione dei candidati a Tutori che dovranno possedere:

- esperienze formative nell'ambito del tutoraggio e della formazione permanente

- almeno dieci anni di anzianità di convenzionamento

- numero di scelte in carico superiore ad 800

- disponibilità di un sistema informatico efficace ed aggiornato

- idoneità dei locali in cui avviene la frequenza

f) gli impegni e le responsabilità del Medico di Medicina Generale - Tutore sia nello svolgimento dell'attività formativa che nella certificazione della valutazione finale; in particolare dovranno essere specificati:

- il divieto a far svolgere allo Studente attività autonome, anche solo burocratiche, non funzionali al raggiungimento degli obiettivi formativi prestabiliti;

- il dovere di garantire allo Studente il numero minimo di ore di frequenza stabilito, numero che dovrà essere certificato, e di redigere, alla fine del

periodo, una relazione di valutazione del profitto;

g) l'impegno della FNOMCeO ad effettuare la selezione dei Medici di Medicina Generale che rispondono ai criteri minimi da inserire in apposito elenco, ad eseguire periodicamente, a campione, opportune verifiche con sopralluoghi, nello studio del Tutore;

h) l'impegno dell'Università a promuovere ogni anno un atelier per l'aggiornamento pedagogico di Tutori, a garantire il supporto organizzativo e di segreteria, l'assicurazione contro gli infortuni per gli Studenti, la riproduzione del materiale didattico eventualmente necessario, le aule per i seminari;

i) la predisposizione di un apposito contratto tra l'Università, FNOMCeO e Medico di Medicina Generale -Tutore per la formalizzazione dell'attività concordata che dovrà prevedere:

- la durata del rapporto
- la disponibilità del Tutore
- la gratuità dell'attività svolta dai Tutori nei confronti dell'Università e degli Studenti, senza preclusione alla possibilità che tale impegno trovi adeguato compenso in sede di Accordo collettivo nazionale o regionale;

l) la certificazione, da parte dell'Università, dello stato di Tutore e dell'attività svolta.

Della Gentiana



Formazione a distanza

Pietro Gallo (*Roma La Sapienza, I Facoltà*), Huon Snelgrove (*Roma La Sapienza, I Facoltà*), Luciano Vettore (*Verona*), con la collaborazione di Gilda Caruso (*Bari*), Marcella Cintorino (*Siena*) e Giuseppe Familiari (*Roma La Sapienza, II Facoltà*)

Terminologia

La letteratura in lingua inglese pullula di termini che sono spesso usati come sinonimi, ma talora vengono impiegati con sottili distinzioni: *Online Instruction*, *Computer-mediated Communication*, *Computer-mediated Instruction*, *Computer-assisted Instruction*, *Information Communication Technology*, *e-learning*, *Distance Education*, ed altri ancora. Il termine *Computer-mediated Communication* sottolinea il carattere interattivo dell'insegnamento, mentre quello di *Computer-assisted Instruction* implica un rapporto docente-discente più di tipo discendente e unilaterale. Il termine *Distance Education* (formazione a distanza) sta assumendo negli Stati Uniti un connotato a sé, in quanto viene usato soprattutto per i corsi per corrispondenza (con scambio di materiale informatico), televisivi o tramite videoconferenza. In questo articolo si preferiranno i termini di *formazione a distanza*, in quanto proprio della nostra lingua ed entrato nell'uso corrente, e quello di *e-learning* per brevità, perché richiama termini come *e-mail* o *e-book* che sono ormai entrati nel lessico corrente, e perché pone il centro dell'attenzione sul discente e sul meccanismo di apprendimento anziché sul docente e sul processo educativo.

Formazione a distanza nel contesto del Corso di Laurea in Medicina

Numerose applicazioni dell'informatica stanno assumendo una crescente importanza nell'organizzazione di un Corso di Laurea in Medicina, dalla pubblicazione della pagina web del Corso di Laurea, di Docenti o di singoli Corsi integrati, dall'apertura di un colloquio via *e-mail* tra studenti e docenti, alla possibilità di offrire servizi come la prenotazione degli esami in rete, all'accesso a banche-dati ed a riviste *online*.

L'esplosione della tecnologia informatica e delle sue applicazioni in campo accademico ha portato a presagire un rapido sviluppo dell'*e-learning* e molte Università, specie nordamericane, hanno investito ingenti risorse economiche ed umane in progetti di istruzione *online*. Le prime esperienze sono state molto deludenti, e questo per una serie

di ragioni che di seguito riportiamo.

L'atteggiamento decisamente contrario di una parte consistente del corpo docente. Si tratta di un punto di grande importanza, cui verrà dedicata una sezione a sé alla fine di questo articolo.

Le caratteristiche del *target* studentesco. Università americane che avevano investito *budget* assai consistenti nell'*e-learning*, con la speranza di attirare una nuova generazione di studenti adulti, già inseriti nel mondo del lavoro, desiderosi di utilizzare la formazione a distanza come strumento di lavoro più modulare, hanno avuto un numero trascurabile di iscrizioni¹. Gli studenti "tradizionali" (giovani diplomati desiderosi di un impegno a tempo pieno nell'Università) rappresentano ancor oggi la stragrande maggioranza dell'offerta studentesca sul mercato.

Per quanto riguarda le Facoltà mediche, l'*e-learning* si è rivelato uno strumento efficace e produt-



tivo, in termini di costo e di tempo, in modo particolare per i corsi di Statistica/Informatica e di Inglese. A parte l'evidente nesso con gli obiettivi didattici specifici di questi Corsi, Informatica ed Inglese sono le materie nella quali è più evidente la discrepanza tra i percorsi didattici pre-universitari degli studenti, per cui nella stessa classe sono contemporaneamente presenti tanto principianti assoluti che persone già piuttosto esperte. Ciò crea la necessità di fornire agli studenti percorsi di autoapprendimento individuali per colmare i debiti formativi e portare la classe allo stesso livello di partenza.

L'esperienza nordamericana² ha evidenziato un notevole scarto tra l'efficacia dell'*e-learning* nell'*addestramento (training)* e quella nell'*educazione (education)*. Nel primo caso si tratta di trasmettere conoscenze operative che richiedono scarsa autonomia da parte di chi le eserciterà, mentre l'educazione consiste nell'*e-ducere*, ovvero nell'aiutare gli studenti a "tirar fuori" il meglio di sé³, a sviluppare il pensiero critico, e ciò implica la relazione diretta non solo tra docente e discente ma anche tra studente e studente: *undergraduate life at a residential college is as much about learning to live as it is about learning from books... The transformation (of students) is remarkable and is as much the product of the general intellectual and social experience on campus as the result of what goes on formally in the classroom. For these students, late-night discussions are much of what college is about, and the role of the football team is truly important. It is hard to imagine distance education, however effective, being truly equivalent⁴.*

Tuttavia, passata la prima euforia, e compreso che l'*e-learning* serve ad affiancare e migliorare l'attività in aula e non a sostituirla, l'esperienza internazionale ha messo in luce alcune linee di sviluppo positive che possono derivare ai Corsi di Laurea in Medicina dall'impiego accorto dell'*e-learning*.

La discussione sull'opportunità di introdurre o meno strumenti di informatica nell'insegnamento universitario ha messo in luce quanto sia importante un preventivo accordo su di una teoria pedagogica esplicita dell'insegnamento e dell'apprendimento. La *California Educational Technology Initiative* (CETI) fallì quando i professori dell'Università di San Diego chiesero al responsabile della CETI quale fosse il modello pedagogico che aveva indirizzato il programma, e questi rispose: *"We've got the engineering plan. It's up to you*

faculty to figure out what to do with it"⁵.

In effetti, la progressiva introduzione di attività di *e-learning* comporta un cambiamento di indirizzo pedagogico. Fino a poco tempo fa la pedagogia era basata sulle teorie dell'insegnamento, era centrata sul docente, e vedeva nell'insegnante chi trasmette allo studente la propria impostazione metodologica ed una serie di informazioni, tramite la lezione frontale. Lo studente, soggetto passivo di insegnamento, completava poi la sua istruzione con lo studio individuale sui libri di testo. Al contrario, l'*e-learning* aiuterà progressivamente ad approfondire le teorie dell'apprendimento, con una didattica centrata sullo studente, soggetto attivo e sempre più autonomo di acquisizione di conoscenze, mentre il ruolo del docente diventerà sempre più quello del "facilitatore" dell'apprendimento, del mentore e del tutore, che stimola lo sviluppo del pensiero autonomo e della curiosità dello studente. In altre parole, l'*e-learning* spingerà i docenti a privilegiare il processo di apprendimento rispetto al suo prodotto.

La crescita enorme delle conoscenze e la diversi-

BRASSICA CRESPA



ficazione delle fonti di informazione renderà sempre più cruciale la capacità di selezionare l'informazione ("dimenticare" selettivamente diventerà più utile e necessario che "ricordare") suddividendola in una parte essenziale da conoscere a mente (il *core curriculum*) ed in una serie di informazioni aggiuntive da acquisire volta per volta. Con il crescere esponenziale dell'informazione, la cultura non consisterà tanto nel conoscere quanto nel sapere come e dove reperire l'informazione necessaria, per cui insegnare ai futuri medici a selezionare le fonti di informazione medica diventerà uno dei punti metodologici cruciali del curriculum degli studi. In questo scenario l'insegnamento metodologico acquista una crescente importanza rispetto alla trasmissione di conoscenze. A titolo di esempio, si può citare il caso dei Corsi di Laurea in Medicina dell'Università di Roma "La Sapienza" che hanno organizzato un Corso di "Metodologia medico-scientifica e Scienze Umane", articolato in undici semestri, nel quale trova ampio spazio l'insegnamento dei principi della *evidence-based medicine*.

Formazione a distanza nel territorio

Se il modello anglosassone dell'università residenziale, del *campus*, rimane lo strumento educativo di scelta per la formazione dello studente *undergraduate*, la formazione a distanza acquista un peso determinante se l'Università vuole estendere la propria offerta didattica al territorio.

Un primo esempio è dato dalla politica di decentramento dei Corsi di Laurea delle professioni dell'Area Sanitaria, che prevedono corsi omologhi in strutture disseminate sul territorio. È evidente che le attività didattiche professionalizzanti non possono essere organizzate che nelle diverse sedi decentrate, ma molti insegnamenti "di base" comportano un'estenuante duplicazione di attività didattiche ed un grande dispendio di risorse umane. Strumenti di formazione a distanza (lezioni registrate, lezioni via televisione a circuito chiuso, videoconferenze, unità didattiche interattive fruibili tramite *personal computer*) possono essere di grande aiuto.

È forse pleonastico sottolineare che il mero uso delle tecnologie che facilitano e velocizzano la comunicazione a distanza ha a che fare con "i valori" della formazione a distanza in modo analogo alla funzione del jet e del personal computer portatile nel lavoro degli inviati speciali: è la loro capacità di raccontare gli avvenimenti che contraddistinguono i grandi giornalisti; non certo il fatto che oggi si possano spostare più velocemente e possano scrivere col computer anziché con la stilografica.... Anche se forse è pleonastica, abbiamo egualmente voluto ribadire questa avvertenza, perché in moltissime occasioni - tra le

poche di formazione a distanza offerte nel nostro Paese - l'innovazione si riduce all'uso di una tecnologia più sofisticata: se inviare in periferia una videocassetta con la lezione al posto del docente in carne ed ossa può risultare più economico e meno gravoso per il docente, l'effetto sull'apprendimento sarà probabilmente peggiore, se non altro perché un insegnamento fondato su una comunicazione solo virtuale tra docente e studenti comporterà probabilmente un apprendimento senza emozioni; e il coinvolgimento delle emozioni nell'efficacia dell'apprendimento è un elemento oramai acquisito dalle moderne scienze cognitive. Comunque, in senso più generale, si vuole qui ribadire il concetto essenziale che la formazione (e soprattutto l'educazione a distanza) non si connota originalmente per gli strumenti tecnologici che usa, bensì per la "metanoia pedagogica" che quegli strumenti dovrebbero facilitare consensualmente nei docenti e negli studenti.

Un altro campo in cui la formazione a distanza sta assumendo un ruolo crescente, e in cui le Facoltà mediche stanno scontando un notevole ritardo, è quello della formazione permanente del medico. Molti sono i motivi per cui l'*e-learning* si presta in modo particolare all'educazione continua in Medicina: l'oggetto dell'intervento didattico non è più lo studente appena uscito dal liceo ma un adulto ormai formato, che può prescindere dagli aspetti relazionali del percorso educativo; più che di "educazione" in senso stretto si tratta per lo più di "aggiornamento" o addirittura di "addestramento" all'uso di specifiche tecnologie; l'utente del corso non è uno studente a tempo pieno e residente nella sede universitaria, ma un professionista che deve integrare l'apprendimento con altre attività e che spesso abita lontano dall'università.

Non è assurdo pensare che in un futuro le Facoltà mediche possano predisporre unità didattiche fruibili in rete, e che queste possano essere nel contempo parte integrante del *curriculum* dello studente in Medicina e moduli per l'aggiornamento del professionista sanitario.

Formazione a distanza nel contesto della rete mondiale (world-wide web)

Prima dell'avvento di *internet*, l'informazione sanitaria era un patrimonio esclusivo del medico. L'uso del *latino* prima, denunciato con sagace ironia dall'opera teatrale di Molière, e l'impiego poi di un linguaggio indubbiamente gergale è stato visto da molti come un tentativo di difendere un vero e proprio monopolio culturale da parte della classe medica. Oggi, grazie ad *internet*, l'accesso all'informazione sanitaria è generalizzato: negli USA il numero di persone che hanno fatto una ricerca sul web per ottenere informazioni mediche è stato valutato in 52 milioni di adulti⁶. Il fatto che il medico non sia più il solo "custode", ma neppure il solo "garante", dell'informazione medica sta modifican-

do radicalmente il rapporto medico-paziente⁷, nel senso che il paziente giunge dal medico con maggiore consapevolezza delle opzioni diagnostiche e terapeutiche che gli si aprono, ma talvolta con qualche inevitabile e non sempre disinteressata disinformazione, e questa maggiore consapevolezza lo spinge a voler svolgere un ruolo più attivo nel processo di *decision making*. Tutto ciò richiede in primo luogo una *metanoia* culturale da parte del medico, che deve rinegoziare l'immagine che ha di sé e del proprio ruolo, e deve arrendersi di fronte alla necessità di dover giungere ad un compromesso tra le proprie inclinazioni e convinzioni e le preferenze del paziente, quando non si tratti di "smontare" faticosamente convinzioni errate o prive comunque della necessaria verifica. Si configura

per il medico un compito inedito: quello di "validatore" dell'informazione sanitaria disponibile in rete, e che non proviene solo da siti ufficiali e controllati. È evidente che il progetto formativo offerto dal Corso di Laurea in Medicina (e l'Educazione Continua in Medicina) non possono non tener conto di questo nuovo sviluppo e devono fornire al medico dell'era di internet idonei strumenti di *e-learning*⁸ in modo da renderlo capace di reperire, prima, e di validare, poi, l'informazione sanitaria presente in rete⁹.

Importanza dell'atteggiamento del corpo docente verso la formazione a distanza

La reazione istintiva del corpo docente verso l'*e-learning* è estremamente variegata. In un Seminario

tenuto presso l'Università dell'Illinois¹⁰ è stata definita una suddivisione dei docenti in due grandi categorie: gli "scettici" (*online-doubting professors*) e i "convertiti" (*online-using or advocating faculty*).

In realtà, molti progetti di *e-learning* sono falliti per l'esplicita opposizione da parte del corpo insegnante. I docenti della York University di Toronto hanno scioperato per due mesi contro l'introduzione di iniziative di *e-learning*¹¹. Secondo Feenberg⁵, sono gli amministratori i più favorevoli all'introduzione dell'*e-learning* nell'Università, convinti di ricavarne un guadagno e sollecitati dall'industria elettronica. La preoccupazione del corpo docente, al contrario, è che finisca per essere "la tecnologia ad indirizzare la pedagogia" anziché essere "la pedagogia ad indirizzare la tecnologia".

L'antidoto è la definizione, da parte di ciascun Corso di Laurea, di uno specifico progetto pedagogico prima di decidere, e scegliere, a favore di iniziative di *e-learning*.

Visto quanto l'atteggiamento del corpo docente è cruciale per lo sviluppo dell'*e-learning* nell'Università, vista l'importanza della *vision* personale del Presidente di Corso di Laurea nella definizione della *mission* del Corso, e vista la grande necessità di fare del tema dell'*e-learning* un ambito di ricerca pedagogica, la Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Specialistica in Medicina ha deciso, nella riunione primaverile di quest'anno, di avviare una consultazione di tutti i Presidenti. È stato distribuito un questionario volto a valutare tanto le "attese" (le previsioni) che le "aspettative" (gli auspici) dei Presidenti. Dei risultati di questa indagine si darà conto in un successivo articolo.

HIPERICO



Alcune conclusioni

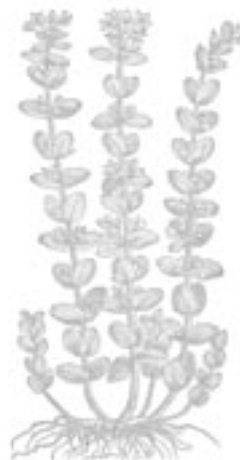
L'*e-learning* può avere applicazioni articolate ed estese nelle Facoltà mediche, dai Corsi di Laurea specialistica in Medicina ai Corsi di Laurea delle professioni dell'Area sanitaria, ad un possibile ingresso dell'Università nella formazione permanente del medico.

Tuttavia l'esperienza internazionale dimostra che l'idea di un corso di laurea in Medicina interamente *online* non è percorribile perché l'interazione personale e diretta tra docente e studente, e tra studente e studente, è indispensabile perché lo studente si senta parte di una comunità co-educante³, capace di motivare gli studenti, ed accrescerne l'autonomia intellettuale ed operativa.

L'introduzione progressiva e mirata di elementi di *e-learning* nei corsi di laurea in Medicina avrà successo se si formerà un corpo docente favorevole, capace di manifestare attenzione e disponibilità al contatto umano con lo studente, e disposto ad una conversione culturale dalla figura del docente custode del sapere e tramite di conoscenze a quella del facilitatore dell'apprendimento, di chi fornisce allo studente le chiavi di accesso all'informazione ed il metodo critico per valutarle.

Bibliografia

1. Noble, D.F. (1998) *Digital Diploma Mills, Part III: The bloom is off the rose* (<http://www.vpaa.uillinois.edu/tid/resources/noble.html>)
2. Noble, D.F. (1999) Seminar at the University of Illinois, April 2.
3. Vettore, L. (2002) *Educazione continua in Medicina*. Relazione alla LXVI Riunione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Specialistica in Medicina. Taormina.
4. Farrington, G.C. (1999) *The new technologies and the future of residential undergraduate education, Dancing with the Devil: Information Technology and the new competition in higher education*. Jossey-Bass, San Francisco.
5. Feenberg A. (1999) *Distance learning: Promise or threat?* (<http://www.rohan.sdsu.edu/faculty/feenberg/tele3.htm>)
6. *The pew Internet and American life project* (<http://www.pewinternet.org/>)
7. Gerber, B.S., Eiser, A.R. (2001) The patient-physician relationship in the internet age: Future prospects and the research agenda. *J. Med. Internet Res.* 3(2): e15.
8. Marchisio, C., Vineis, P., Curtoni, E.S. (2001) Internet per gli studenti in Medicina. Sperimentazione di un'attività didattica. *MEDIC* 9: 129-133.
9. Eysenbach, G., Diepgen, T.L. (1998) Towards quality management of medical information on the Internet: Evaluation, labeling, and filtering of information. *Br. Med. J.* 317: 1496-1500.
10. *Teaching at an Internet distance: The pedagogy of online teaching and learning*. (1999) The Report of a 1998-1999 University of Illinois Faculty Seminar
11. Noble, D.F. (1998) *Digital Diploma Mills: The automation of higher education, first Monday issue 3 no. 1* (http://www.firstmonday.dk/issues/issue3_1/noble/index.html)



L'insegnamento della lingua inglese nel Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia

Maria Grazia Albano (Foggia), Pietro Gallo (Roma, La Sapienza, I Facoltà)

Premessa

La riflessione sull'indispensabilità della lingua inglese per l'accesso alle diverse forme di educazione medica continua e sull'esigenza da più parti oggi avvertita di migliorare la qualità dell'insegnamento di questa disciplina ha indotto la Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina a formulare una proposta di programma quinquennale di inglese.

Una analisi preliminare dello stato attuale, effettuata da un Gruppo di lavoro istituito dalla Conferenza, ha evidenziato la diversità delle esperienze a cui sono attualmente esposti gli studenti delle diverse sedi nazionali dei Corsi di studio⁽¹⁾. Tali variazioni concernono:

- lo stato giuridico dei docenti (di ruolo/a contratto)
- i saperi minimi degli studenti (maggioranza di *lower intermediate* - 10% di *beginners*)
- la disponibilità di mezzi didattici (aule/PC *on line/Medline*/audioregistratore/videoregistratore/riviste *on line*/corsi di autoapprendimento per PC)
- l'articolazione dei corsi (5 semestre nei 5 anni/4 sem. nei 4 anni/5 sem. in 3 anni)
- le missioni dei corsi (acquisizione di un buon livello della lingua: *Intermediate-upper intermediate* - presso Centro Linguistico di Ateneo o strutture esterne/conoscenza dell'inglese medico - prevalentemente delle conoscenze passive)
- gli obiettivi generali del corso (prevalentemente conoscenze passive e livello sufficiente di *listening comprehension*).

L'analisi dei dati ha condotto il gruppo di lavoro, unitamente ai Presidenti dei Corsi di Laurea, a fornire i seguenti suggerimenti:

- è auspicabile che: ogni Facoltà disponga di un docente di ruolo; che sia previsto l'inserimento di un test di lingua inglese nella prova di ammissione al Corso di Laurea Specialistica in Medicina; che sia assicurato l'uso di materiale didattico medico anche qualora la missione sia il raggiungimento di un buon livello di conoscenza della lingua inglese.

La CPPCLS Med. Chir. ha inoltre espresso una preferenza per un corso di inglese medico che:

Med. Chir. 19. 744-747, 2002

- consenta allo studente di svolgere anche queste attività di apprendimento all'interno della Facoltà;
- preveda l'integrazione di questa disciplina con le altre;
- si incentri prevalentemente sullo sviluppo delle competenze passive (quelle attive possono essere apprese nel corso dello svolgimento delle attività elettive)
- utilizzi il *portfolio* come strumento di valutazione dello studente.

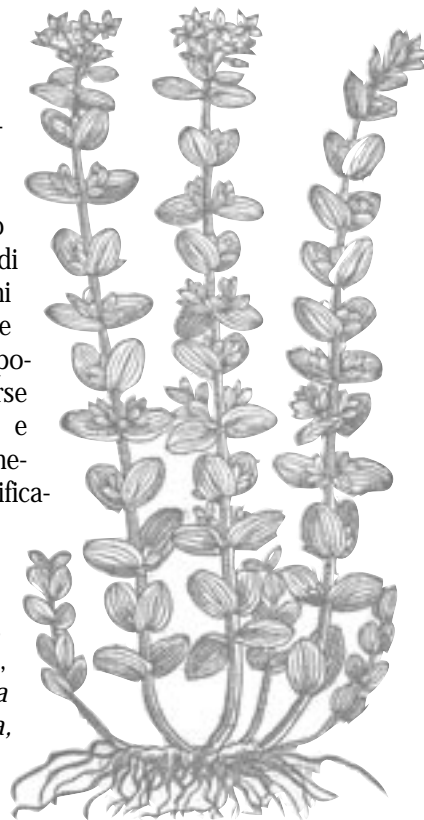
Infine si è sottolineata la necessità di intensificare lo scambio tra i docenti di questo settore disciplinare.

L'indagine condotta ha successivamente indotto la CPPCLS a conferire al Gruppo di lavoro il compito di effettuare un sondaggio in merito ad una ipotizzabile modalità di costruzione di cinque moduli di inglese che possa servire come modello esemplificativo per l'insegnamento della lingua.

Raccolta dei dati

Il Gruppo di lavoro ha quindi elaborato un questionario che è stato inviato a tutte le sedi dei Corsi di Studio presenti sul territorio nazionale al fine di ottenere informazioni e proposte (effettuate sulla base della disponibilità di risorse umane, materiali e strutturali) di cui tenere conto nella pianificazione del programma quinquennale. Hanno risposto le sedi di Bari, Bologna, L'Aquila, Messina, Roma "La Sapienza" Roma, "Campus Bio-Medico" e Perugia.

I dati raccolti



possono essere così sintetizzati:

- il test di lingua inglese per l'ingresso al Corso di Laurea dovrebbe essere di livello elementare (una sola sede ritiene che possa essere richiesto un livello *lower intermediate*)

- l'obiettivo principale di un corso di inglese dovrebbe essere quello di mettere lo studente in grado di:

- accedere alla letteratura medica ed effettuare una lettura critica su temi medici

- discutere su temi medici

- comprendere un testo medico scritto

- comprendere una relazione orale

- elaborare e presentare una relazione medica.

Gli studenti al termine dei cinque anni di corso dovrebbero aver raggiunto i seguenti livelli di competenza:

inglese generale

reading comprehension buono (sufficiente)

listening comprehension buono (sufficiente)

writing skills sufficiente

speaking skills sufficiente

inglese medico

reading comprehension buono (ottimo)

listening comprehension buono (ottimo)

writing skills buono (sufficiente)

speaking skills buono (sufficiente)

- I moduli potrebbero essere così distribuiti:

1° anno (2°) - 2° semestre - 2CFU

2° anno (3°) - 1°/2° semestre- da 0.5 a 3CFU

3° anno (1°,5°) - 2° semestre - da 0.5 a 3 CFU

4° anno (3°) - 1° semestre - 2 CFU

5° anno (3°,6°) - 1°/2° semestre - da 1 a 3 CFU

- Gli obiettivi di ciascun modulo potrebbero essere i seguenti: (L=Listening; R=Reading; W=Writing; S=Speaking)

1° MODULO:

obiettivo 1: riconoscere gli elementi, grammaticali lessicali e semantici dei testi medici

R metodi/mezzi did.: lezione/lavagna luminosa

metodi/mezzi valut.: QSM, esercizi

obiettivo 2: riconoscere la struttura dei testi medici

R metodi/mezzi did.: lezione, studio individ./lavagna luminosa, testi

metodi/mezzi valut.: quiz

obiettivo 3: scrivere sotto dettatura

W metodi/mezzi did.: dettati/testi

metodi/mezzi valut.: dettato

obiettivo 4: comprendere l'inglese parlato

L metodi/mezzi did.: gioco dei ruoli/audiocassette, audiovisivi

metodi/mezzi valut.: quiz

obiettivo 5: sviluppare abilità di studio e di autovalutazione

metodi/mezzi did.: attività di piccolo gruppo, uso Medline e Internet/computer

metodi/mezzi valut.: test di autovalutazione

Periodo di valutazione: fine semestre + prova in itinere

2° MODULO:

obiettivo 1: riconoscere gli elementi lessicali, grammaticali e semantici dei testi medici

R metodi/mezzi did.: Centro Linguistico

metodi/mezzi valut.: QSM, esercizi

obiettivo 2: analizzare un testo di medicina

R metodi/mezzi did.: lezione/lavagna luminosa

metodi/mezzi valut.: orale/griglia

obiettivo 3: riconoscere i diversi generi di testo medico

R metodi/mezzi did.: lezione/testi, articoli

metodi/mezzi valut.: quiz

obiettivo 4: comporre frasi con terminologia medica

W metodi/mezzi did.: esercitazioni scritte

metodi/mezzi valut.: esame scritto

obiettivo 5: comprendere l'inglese parlato

L metodi/mezzi did.: Centro Linguistico, colloqui, gioco dei ruoli

metodi/mezzi valut.: discussione orale

obiettivo 6: usare le risorse bibliografiche della Facoltà (biblioteca, internet...)

metodi/mezzi did.: www in piccolo gruppo, studio individuale/computer, testi

metodi/mezzi valut.: *quiz on line*, revisione

progetti di gruppo, autovalutazione

obiettivo 7: creare un portfolio

metodi/mezzi did.: raccolta di materiale di studio

metodi/mezzi valut.: *quiz on line*, progetti di

gruppo, revisione di *portfolio*

Periodo di valutazione: fine semestre, esame di inglese (durante il semestre: condivisione di crediti con altri docenti)

3° MODULO:

obiettivo 1: effettuare la lettura analitica di un testo medico

R metodi/mezzi did.: lezione/lavagna luminosa

metodi/mezzi valut.: orale/griglia

obiettivo 2: comprendere un testo

R metodi/mezzi did.: studio individuale

metodi/mezzi valut.: orale

obiettivo 3: scrivere un abstract

W metodi/mezzi did.: esercitazioni, studio individuale/computer

metodi/mezzi valut.: presentazione di un *abstract*

obiettivo 4: scrivere tesine

W metodi/mezzi did.: attività in piccolo gruppo

metodi/mezzi valut.: revisione e discussione di tesi

obiettivo 5: conversare

S metodi/mezzi did.: Centro Linguistico, colloqui,

gioco dei ruoli
metodi/mezzi valut.: discussione orale
obiettivo 6: consultare banche dati/banche dati, internet...
metodi/mezzi did.: studio individuale/computer
metodi/mezzi valut.: prova pratica
obiettivo 7: ampliare il portfolio
metodi/mezzi did.: progetti di apprendimento in collaborazione
metodi/mezzi valut.: revisione progetti di gruppo, revisione di *portfolio/griglia*
Periodo di valutazione: fine semestre, esame di inglese (durante il semestre: prova in itinere)

4° MODULO

obiettivo 1: leggere correttamente un testo di medicina
R metodi/mezzi did.: lezione/lavagna luminosa
metodi/mezzi valut.: orale
obiettivo 2: tradurre un testo di medicina
R metodi/mezzi did.: studio individuale/computer
metodi/mezzi valut.: orale/scritto
obiettivo 3: riflettere, confrontare e formulare ipotesi su letture di medicina
R metodi/mezzi did.: seminari interattivi
metodi/mezzi valut.: discussione orale, *on line*
obiettivo 4: scrivere un testo medico e lettere
W metodi/mezzi did.: lezione, studio individuale/lavagna luminosa, computer
metodi/mezzi valut.: esame scritto
obiettivo 5: conversare
S metodi/mezzi did.: colloqui, gioco dei ruoli/videoregistrazioni
metodi/mezzi valut.: discussione orale
obiettivo 6: ampliare il portfolio con studi interdisciplinari/biblioteca, computer
metodi/mezzi did.: *www* in piccolo gruppo, studio individuale/computer, testi
metodi/mezzi valut.: *quiz on line*, revisione progetti di gruppo, autovalutazione
obiettivo 7: lavorare in gruppo su progetti
W metodi/mezzi did.: *journal clubs*
metodi/mezzi valut.: valutazione tra pari, autovalutazione, discussione *on line*
Periodo di valutazione: fine semestre, esame di inglese

5° MODULO

obiettivo 1: scrivere articoli scientifici in inglese, lettere ad un editore, comunicazioni mediche
W metodi/mezzi did.: studio individuale/computer, *portfolio*
metodi/mezzi valut.: prova scritta
obiettivo 2: commentare i seminari in inglese
W metodi/mezzi did.: studio individuale/computer, *portfolio*

metodi/mezzi valut.: valutazione *portfolio/griglia*
obiettivo 3: parlare in pubblico
S metodi/mezzi did.: relazioni a piccoli gruppi, studio individuale/lavagna luminosa, computer
metodi/mezzi valut.: valutazione della esposizione/*griglia*
obiettivo 4: partecipare a journal clubs su un tema
W metodi/mezzi did.: attività in piccoli gruppi
metodi/mezzi valut.: esame scritto
Periodo di valutazione: fine semestre, esame di inglese: 60% del voto finale potrebbe essere attribuito al portfolio e il 40% alla risposta fornita ad un quesito clinico sulla base di una ricerca su internet, successivo commento critico e presentazione finale.

Analisi dei dati

I suggerimenti raccolti evidenziano comunque la necessità di:

- elaborare un test di ingresso al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia di livello elementare;
- prevedere una graduale acquisizione delle quattro competenze linguistiche con particolare attenzione alle *writing skills* ed alla *reading comprehension*;
- sviluppare in modo particolare i livelli di competenza dell'inglese medico e le abilità di lettura e ascolto dell'inglese generale;



- distribuire nei primi cinque anni i cinque moduli di inglese;
- prevedere l'apprendimento della lingua prevalentemente all'interno delle strutture di facoltà;
- variare i metodi di insegnamento e valutazione in base al tipo di obiettivo.

Conclusioni

L'indagine condotta ha consentito di fornire un esempio per la pianificazione dell'insegnamento

della lingua inglese in cinque moduli che si spera possa servire da guida ai Corsi di laurea e da stimolo per un ulteriore dibattito su questo tema tra i docenti di questo settore scientifico-disciplinare.

Bibliografia

P. Gallo *et al.*: *To be or not to be*. Il corso di inglese medico alla ricerca di una propria identità tra missioni, direttive e realtà diverse., *Med Chir*, 17, 616-619, 2002.



Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia

SEDE	PRESIDENTI
Ancona	Prof. Giovanni Danieli (<i>Coordinatore Generale della Commissione Didattica</i>) Prof. Saverio Cinti, Coordinatore CdLS
Bari	Prof.ssa Gilda Caruso
Bologna	Prof. Luigi Bolondi
Brescia	Prof. Giuseppe Nardi
Cagliari	Prof. Amedeo Columbano
Catania	Prof. Enrico Vasquez
Catanzaro	Prof. Francesco Saverio Costanzo - <i>Preside di Facoltà</i>
Chieti	Prof. Fabio Capani
Ferrara	Prof. Gioacchino Mollica
Firenze	Prof. Alessandro Mugelli
Foggia	Prof. Vincenzo Neri
Genova	Prof. Giancarlo Torre
L'Aquila	Prof. Massimo Casacchia
Messina	Prof. Alberto Calatroni
Milano	Prof. Massimo Malcovati
Milano Vita-Salute S. Raffaele	Prof. Giuseppe Scotti
Milano-Bicocca	Prof.ssa Marzia Kienle
Modena	Prof. Aldo Tomasi
Napoli- Università Federico II	Prof. Guglielmo Borgia
Napoli - II Ateneo	Prof. Giovanni Delrio
Napoli-Caserta	Prof. Evangelista Sagnelli
Novara	Prof. Giorgio Bellomo - <i>Presidente Commissione Didattica</i>
Padova	Prof. Oreste Terranova
Palermo	Prof. Antonino Bono
Parma	Prof. Amos Casti
Pavia	Prof.ssa Maria Scappaticci
Perugia	Prof. Pierfrancesco Marconi
Pisa	Prof. Brunello Ghelarducci
Roma - La Sapienza I Facoltà	Prof. Marcello Negri (Corso di Laurea A) Prof. Enrico De Antoni (Corso di Laurea B) Prof. Pietro Gallo (Corso di Laurea C) Prof. Andrea Lenzi (Corso di Laurea D) Prof.ssa Marella Maroder (Corso di Laurea E, Polo Pontino, sede di Latina)
Roma - La Sapienza II Facoltà	Prof. Giuseppe Familiari
Roma - Tor Vergata	Prof. Raffaele Geremia
Roma - Campus Bio-Medico	Prof.ssa Paola Binetti
Roma - Cattolica	Prof. Gian Battista Azzena
Sassari	Prof. Giuseppe Delitala
Siena	Prof. Roberto Pagani
Torino	Prof. Franco Cavallo
Torino II Facoltà	Prof. Giuseppe Saglio
Trieste	Prof. Roberto Pozzi Mucelli
Udine	Prof. Alfred Tenore - <i>Presidente Commissione Didattica</i>
Varese	Prof. Francesco Pasquali
Verona	Prof. Alessandro Lechi