



MEDICINA E CHIRURGIA

Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

MEDICINA E CHIRURGIA

Quaderni delle Conferenze Permanenti
delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

Direttore Editoriale, Luigi Frati

Comitato Editoriale

Andrea Lenzi, Gennaro Marino, Aldo Pinchera,
Giuliano Pizzini, Antonella Polimeni,
Luisa Saiani, Aldo Tomasi

Redazione
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università Politecnica delle Marche
60020 Torrette di Ancona
Tel. 071 2206101 - Telefax 071 2206103
E-mail: g.danieli@univpm.it

Amministrazione e stampa, Errebi Grafiche Ripesi
Falconara

Segretaria di Redazione, Daniela Pianosi

Direttore Responsabile, Giovanni Danieli

Sommario

- 1767 *Presentazione*, Luigi Frati e Giovanni Danieli
- EDITORIALE
- 1768 *Formazione e professione medica nella società della conoscenza*, Pasquale Marano
- OSSERVATORIO
- 1778 *Il rischio clinico nella formazione universitaria*, Mario Amore, Rosetta Cardone, Angelo De Feo, Alessandro Ghirardini
- 1780 *La formazione in Cure Primarie e la Medicina di Comunità. Un'opportunità per i futuri CLM riformati secondo il DM 270/2004*, Paola Facchin
- CONFERENZA PERMANENTE DEI PRESIDENTI DI CLM IN MEDICINA E CHIRURGIA
- 1785 *Progetto "Insegnamento della Medicina Generale e delle Cure Primarie" nel CLM in Medicina e Chirurgia dell'Università di Modena e Reggio Emilia*, Maria Angela Becchi, Gabriella Aggazzotti
- 1790 *L'insegnamento dell'Inglese Medico nel CLM in Medicina e Chirurgia*, Gilda Caruso, Carmine Panella, Huon Snelgrove
- 1796 *Aggiornamento sul progetto 2007-2008 di autovalutazione dei CLM: al via le site visit*, Sabrina Luccarini, Carlo Della Rocca, Andrea Lenzi
- CONFERENZA PERMANENTE DELLE CLASSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE
- 1798 *Dalle competenze-esito al piano di studi del CL in Infermieristica. Una proposta orientata ai learning outcomes*, Alvisa Palese, Adriana Dalponte et Al.
- PROPOSTE
- 1805 *La formazione professionale nel corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Proposta didattica nell'area dell'emergenza*, Maria Giofrè Florio
- 1807 *La valutazione delle competenze professionali acquisite in tirocinio nel Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia*, Luigi Cei, Giuseppe Bardo, Maurizio Bessone, Giuseppe Bertoli
- IRNERIO LUMEN IURIS
- 1811 *Associazioni e Fondazioni: dal Codice Civile alla legislazione speciale*, Paolo De Angelis, Sergio Stefoni



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

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

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

Finito di stampare
il 30 Marzo 2008
per i tipi della Errebi Grafiche Ripesi
in Falconara - Ancona

Presentazione

Luigi Frati e Giovanni Danieli

L'Editoriale di Pasquale Marano che apre questo numero dei Quaderni rappresenta da un lato una presa di coscienza dei grandi cambiamenti che sono intervenuti nella società, nella sanità, nei campi che più da vicino ci riguardano della formazione, della ricerca e dell'assistenza, dall'altro, è anche una denuncia di quanto poteva essere fatto e non è stato fatto ed un invito a perseguire il rinnovamento.

Nell'Osservatorio, sono affrontati due temi di grande attualità, il rischio clinico e la formazione dello studente in Medicina Generale. Per il primo, i Ministeri della Sanità e dell'Università e Ricerca hanno diffuso in questi giorni un documento, qui presentato da Mario Amore *et Al.*, in cui si indica l'opportunità di fornire agli studenti del corso di laurea in Medicina, ma certamente interesserà a seguire anche gli altri corsi di laurea, tutte le informazioni necessarie per garantire sicurezza negli ospedali, ai pazienti e agli operatori sanitari, e per gestire il rischio clinico.

La formazione universitaria deve necessariamente includere anche la preparazione alle cure primarie che rappresentano il primo livello di assistenza che si offre al cittadino prima dell'ospedale e che costituiscono un'assistenza globale in quanto considerano l'uomo malato nella complessità del suo problema; Paola Facchin riconduce quest'insegnamento nell'ambito della Medicina di Comunità e ribadisce il ruolo centrale della Facoltà di Medicina anche in tale percorso formativo, che riserva comunque ampi spazi alla collaborazione con i professionisti operanti nel territorio. L'insegnamento delle cure primarie disegna in Italia un paesaggio quanto mai variegato, alternandosi sedi in cui questo compito è completamente disatteso ad altre che lo hanno affrontato pienamente, ognuna però seguendo le proprie idee ed adattandosi alle condizioni ambientali. Di fronte a comportamenti così eterogenei, non si vede come non si debba giungere ad una visione e ad un accordo nazionale. Su questo tema Maria Paola Becchi e Gabriella Aggazzotti dell'Università di Modena e Reggio Emilia, presentano l'esperienza della propria sede, dando inizio ad un censimento dell'esistente, premessa ineludibile per progettare il futuro.

Un'altra inchiesta della Conferenza permanente dei CLM in Medicina e Chirurgia, curata da Gilda Caruso, con la collaborazione di Carmine Panella e Huon Snelgrove, concerne l'insegnamento dell'inglese medico. Anche in quest'ambito ci si trova di fronte ad una grande eterogeneità di comportamenti, che da un lato è espressione delle scelte e delle disponibilità di ciascuna facoltà, ma dall'altro costituisce una difficoltà per gestire i trasferimenti e per presentare un modello nazionale di formazione; da qui l'esortazione finale a realizzare, nella fase di riassetto degli ordinamenti didattici, alcune iniziative che possano contribuire ad una maggiore omogeneità del percorso formativo.

Parte intanto, ancora a cura di Andrea Lenzi e Collaboratori, la seconda tornata di *site visit* che porterà Presidenti e past a visitare tutte le sedi italiane nello spirito di una valutazione tra pari; il nuovo *grand tour* servirà non solo a conoscere l'esistente, ma anche a raffrontare questo con quanto rilevato nelle visite di due anni or sono. Si attende dalle facoltà visitate l'ospitalità e la collaborazione necessarie per rendere fruttuosa questa iniziativa.

Di grande rilievo per i contenuti, il rigore metodologico ed il livello pedagogico, la proposta di Alvisa Palese, Adriana Dalponte e di altri docenti della Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie, riuniti in un gruppo *ad hoc*. Concerne un nuovo piano nazionale di studi per il Corso di Laurea in Infermieristica (ma potrebbe, anzi dovrebbe, essere utilizzato come modello per tutti i corsi di laurea delle Professioni Sanitarie): le attività formative sono racchiuse in quattro domini specifici e cinque trasversali, ognuno dei quali è caratterizzato da competenze-esito da raggiungere, efficacemente descritte ciascuna in una propria declaratoria.

Fuori dai lavori delle Conferenze, abbiamo riportato un breve resoconto, a cura di Maria Giofrè Florio, relativo ad un processo formativo nell'area dell'emergenza esteso dal primo al sesto anno. La metodologia seguita può risultare incompleta; restano comunque la validità, e quindi la pubblicabilità, di una proposta che vede questa formazione seguire lo studente per tutto il suo corso di studi.

Con il contributo di Cei *et Al.* si passa invece nel campo della valutazione: gli autori presentano un modello di stima del tirocinio svolto nel Corso di Laurea per Tecnici in Radiologia medica, per Immagini e Radioterapia, modello originale e riproducibile che presentiamo all'attenzione dei nostri lettori.

Per ultimo, ma non da ultimo, riprendiamo la rubrica *Irnerio lumen iuris*, attivata da Maria Paola Landini e Paolo De Angelis, finalizzata a presentare gli aspetti giuridico-amministrativi delle vicende universitarie. Dopo l'abbandono della Presidenza di Facoltà, per non rielegibilità, dell'indimenticabile Maria Paola, la rubrica riprende ora nel segno della continuità assicurata da Paolo De Angelis con la regia di Sergio Stefoni; al neo Preside diamo il benvenuto da queste pagine oltre ad un sentito ringraziamento per il mantenimento della rubrica: sono informazioni utilissime quelle che periodicamente ci giungono dalla patria di Irnerio.

Formazione e professione medica nella società della conoscenza

Pasquale Marano, *Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Policlinico A. Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma*

L'inscindibilità tra ricerca, didattica e assistenza qualifica e caratterizza, da sempre, la formazione della Facoltà di Medicina e chirurgia; "insegnare in un'atmosfera di ricerca" differenzia infatti l'istruzione universitaria da ogni altra forma di insegnamento.

L'università è tale solo se crea e produce cultura, se opera in un ambiente di cultura e non se costituisce un semplice luogo in cui s'immette cultura¹.

Fu Wilhelm von Humboldt², ministro prussiano, fondatore dell'Università di Berlino, esperto di educazione ed istruzione a formulare per primo l'idea di un'inscindibilità fra ricerca, didattica ed assistenza nella formazione medica universitaria. L'idea si è imposta nella seconda metà dell'800, che ha visto l'adeguarsi della maggior parte delle Università europee al modello tedesco, nella scia del grande prestigio, in tutti i campi, della Germania guglielmina.

In questo inscindibile trinomio la ricerca ha fatto per lungo tempo la parte del leone e l'Università ha finito per essere percepita, anche dall'opinione pubblica, come il luogo per eccellenza della ricerca scientifica.

Ciò ha fortemente influenzato, in medicina, anche la didattica e l'assistenza: la didattica divenendo sempre più docentocentrica, con docenti orientati a coltivare ed esporre gli argomenti corrispondenti ai propri interessi scientifici ed un'assistenza condizionata dall'opportunità di reclutare i pazienti meglio adatti alle ricerche e studi in corso; il che contribuiva a conferire all'assistenza nei centri universitari una connotazione diversa da quella praticata nei centri ospedalieri; differenziazione quest'ultima oggi completamente scomparsa.

Non si deve pensare che questi orientamenti in passato siano stati inefficaci.

Tutti noi anziani ricordiamo la profonda suggestione esercitata dalle lezioni tenuteci da Maestri profondi nel pensare ed abili nell'esporre che, proprio perché parlavano degli argomenti che li appassionavano e coltivavano scientificamente, sapevano trascinare gli studenti all'entusiasmo e, comunicando qualcosa del proprio fuoco, stimolarne il desiderio d'emulazione.

Ma oggi purtroppo questo concetto di inscindibilità rischia di diventare uno stereotipo, un

concetto che non trova altra giustificazione se non nel fatto di essere ripetutamente proposto nelle occasioni più diverse, compresi i discorsi ufficiali³.

Questo concetto di inscindibilità, può essere ancora acriticamente accettato in una società fortemente diversa dal passato e in continua evoluzione?

Questo concetto è oggi ancora punto di riferimento per lo sviluppo delle Facoltà mediche, o va modificato e aggiornato?

Queste possibili modificazioni ed integrazioni sono dovute ad inefficienze insite nel sistema o a cambiamenti del contesto sociale in cui il sistema stesso è inserito?

Ed infine la formazione e la professione del medico oggi sono uguali e sovrapponibili a quelle del passato?

Scienza e società della conoscenza

Viviamo oggi un momento in cui siamo attori e testimoni di una trasformazione epocale, segnata da un aumento della domanda di informazione, di conoscenza e di formazione che guida il passaggio dal lavoro manuale al lavoro intellettuale.

Stiamo in altre parole vivendo la trasformazione di una società "della produzione" in una società "del servizio" che esprime una forte richiesta di conoscenza.

È vero anche che si registra oggi una forte richiesta d'impatto sociale della conoscenza, perché la conoscenza nella società della conoscenza non è solo un traguardo, ma anche una risorsa diretta alla crescita dell'economia. Una visione utilitaristica questa che sta entrando, da padrona, nei campi più diversi, formazione e ricerca incluse.

A tale tipo di conoscenza interessa prevalentemente l'acquisizione di una massa di informazioni capaci, se bene organizzate, di produrre novità in sostanza utilizzabili, più che la riflessione intellettuale per la ricerca del vero.

Ne segue che la società della conoscenza sta sempre più divenendo anche una società dell'informazione e della comunicazione, come lo dimostra il tumultuoso utilizzo di Internet il cui impiego è passato, perfino nei ceti scolarmente medio-bassi, dal 2.8% del 2003 al 13% nel 2006.

Proprio la comunicazione medico-paziente ci

porta, in questo specifico contesto, a riflettere se la difficoltà a comunicare sia, o no, la conseguenza di una formazione medica in ritardo rispetto alle trasformazioni di una società che va mutando le proprie esigenze.

Nella società della conoscenza infatti scienza e comunicazione della scienza costituiscono un processo di mutazione in atto del contesto sociale in cui viviamo, di portata tale da rappresentare l'ossatura portante della vita nel suo complesso, da quella economica a quella quotidiana, dallo sviluppo intellettuale dell'individuo al libero confronto tra interessi più diversi.

La caratteristica specifica, propria della società della conoscenza, che la differenzia significativamente dalle precedenti, è il suo immediato impatto economico nei campi più diversi della stessa società, attraverso la *circolazione allargata della conoscenza*⁴. Questo processo circolare che realizza la *produzione di conoscenze per mezzo di conoscenza con surplus di conoscenza* viene a porsi al centro dell'economia generale della società, inserendo la dinamica della conoscenza al posto un tempo occupato dalla dinamica proprietà-lavoro.

Anche in passato la conoscenza, insieme ad altri cofattori, ha avuto sempre di certo significative ed importanti ricadute in ambito economico; *équipe* di esperti (industria) selezionavano infatti, nel tempo, le ricerche a possibile e probabile ricaduta economica cercando, poi di trasferirle sul mercato. Questo tipo di ricerca tradizionale non è stata, di conseguenza, mai qualcosa di integralmente e totalmente programmabile; tutto questo infatti avveniva, in un contesto variegato, solo e sempre in modo mediato, indiretto e in tempi medio lunghi, a differenza di quanto avviene nell'attuale società della conoscenza.

Propria questa specifica caratteristica della società della conoscenza è oggi paradossalmente fattore di criticità del tradizionale modello humboldtiano, con conseguente ritardo culturale della formazione e dell'assistenza tuttora fortemente docentocentrica la prima, ed economica-organizzativa la seconda. Lontane entrambe, e ancora di molto, da quella formazione *student centred* e da quell'assistenza *patient centred*, che i tempi moderni richiedono e necessitano.

Ricerca & innovazione: una minaccia alla cultura universitaria?

La ricerca è da sempre tensione, vive da un lato di duro lavoro e dall'altro di lampi di genio

che stravolgono continuamente il contesto delle conoscenze⁵. Fare ricerca è per H.B. Adkins come tirare una freccia in cielo e dove atterra designare un bersaglio.

Il ruolo della ricerca nel contesto dell'inscindibilità humboldtiana si è attestato nel tempo in due diverse credenze³ che, per le particolari caratteristiche specifiche proprie dei tempi, non si sono mai significativamente contrapposte tra loro, anzi, si sono anche integrate.

La prima ha visto l'Università come luogo elettivo e primario in cui si producevano nuove conoscenze; la ricerca era allora dunque uno dei compiti istituzionali dell'università con arricchimenti culturali utilizzabili sia per la formazione che per l'assistenza.

Per la seconda la ricerca è stata invece un mezzo, uno strumento per raggiungere un altro obiettivo che è la formazione dei giovani; in questa visione la ricerca aveva una funzione prevalentemente strumentale, essendo finalizzata all'obiettivo formativo.

Questo equilibrio è divenuto nel tempo, per scricchiolii vari, instabile per frantumarsi poi definitivamente con il significativo sviluppo, nella società della conoscenza, della ricerca a immediato impatto economico, correntemente definita oggi giorno "*ricerca & innovazione*".

La *ricerca & innovazione* è una ricerca commissionata generalmente da "sponsors" (Enti o Ditte: assai spesso, in campo medico, Ditte farmaceutiche), con obiettivi e programmi esecutivi prevalentemente determinati dallo sponsor (anche se in collaborazione con chi esegue la ricerca), non necessariamente svolta nei soli centri universitari, ma anche in centri di ricerca specializzati, in Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, in importanti Ospedali, ecc.; spesso questa ricerca è pluricentrica e coinvolge istituzioni di varia tipologia.

La *ricerca & innovazione*, espressione di nuove istanze sociali, tende oggi per la sua complessità, per il suo rapido divenire, per gli elevati costi di gestione e conseguente coinvolgimento attivo dell'industria, a divenire omniassorbente, a differenza di quanto avveniva in passato con la tradizionale ricerca universitaria, sempre necessariamente integrata con la formazione e l'assistenza.

La ricerca universitaria tradizionale è da sempre una ricerca ad accesso completamente aperto, focalizzata sulla metodologia della ricerca stessa più che sul suo risultato, con ricadute in tempi medio-lunghi⁶.

La ricerca & innovazione è, al contrario una

ricerca ad accesso rigidamente chiuso focalizzata prevalentemente sul risultato e sulla sua fruibilità, a significativa ricaduta economica (*spin-off*), che mira al brevetto e alla sua utilizzazione in tempi piuttosto brevi.

Vi sono anche altre caratteristiche che differenziano la ricerca & innovazione dalla ricerca universitaria tradizionale che meritano di essere qui sottolineate.

La conoscenza in ambito universitario è da sempre un bene pubblico e l'uso anche parziale di conoscenze non impedisce il suo utilizzo da parte di tanti altri.

La ricerca & innovazione crea invece ritorno economico, nuovi mercati, nuovo professionismo (professionisti della ricerca).

Queste ricerche che oggi fanno mercato sono importanti nell'attuale società della conoscenza.

Non è che l'Università rifiuti il mercato: ma lo ritiene un mezzo per esplorare la fattibilità delle idee, un terreno in cui si creano soluzioni innovative che possono essere usate anche da altri. Solo in questo senso la collaborazione tra Università non esclude la competizione, che è gara di idee e non lotta economica, e può anzi divenire la più alta forma di collaborazione.

Lo sviluppo della ricerca & innovazione nella società delle conoscenze, con conseguente logica istituzione di centri per la ricerca di istituti di cura a carattere scientifico in ambito sanitario, etc., sta creando paradossalmente, confusione nei ruoli e nelle funzioni istituzionali dell'Università.

La ricerca & innovazione sta infatti fortemente penalizzando la funzione istituzionale prioritaria dell'Università, *la ricerca quale strumento di formazione del medico*; il tutto nell'indifferenza generale del mondo accademico (incomprensione? resistenza al cambiamento? corporativismo?) ed anche, cosa ancor più preoccupante, degli stessi organi ministeriali e di qualificati osservatori esterni, editorialisti della carta stampata inclusi.

Alla ricerca a forte valenza economica-sociale fanno oggi riferimento costante ed esclusivo il mondo politico, la televisione, la carta stampata, i media in generale, penalizzando indirettamente importanti istanze formative-culturali.

A questo stesso tipo di ricerca sono prevalentemente (esclusivamente) rapportati, oggi, purtroppo i criteri valutativi in atto dei docenti universitari e dei grant di ricerca universitaria.

La ricerca universitaria quale strumento di formazione è di fatto completamente trascurata, o, ancor peggio assimilata (e confusa) a quella svolta anche in altre prestigiose istituzioni, alcu-

ne delle quali finalizzate esclusivamente alla ricerca biomedica;

Di conseguenza il valore culturale del tradizionale modello humboldtiano è di fatto (voluntariamente?) trascurato e dimenticato, così come è anche trascurata e dimenticata tutta una tradizione orientata alla ricerca pura e disinteressata.

In questo nuovo contesto è necessario far chiarezza sui rapporti fra nuovi orientamenti in campo di ricerca.

Lo sviluppo e la diffusione della ricerca & innovazione porta di necessità a ridefinire il ruolo della ricerca quale strumento di formazione scientifica del medico e identificare nuovi contenuti culturali per innovare, consolidare e valorizzare nella società della conoscenza, un nuovo trinomio inscindibile humboldtiano nella formazione universitaria^{3,7,8,9,10}.

Contemporaneamente poi la *Nuova Carta della Professione del Medico* edita da tredici tra le più qualificate riviste mediche internazionali¹¹ e relativa letteratura di riferimento^{3,12}, purtroppo ancora disattesa dal mondo accademico, riportata ai significativi ritorni economici della ricerca & innovazione e relativi conflitti di interessi ci suggeriscono una profonda riflessione costruttiva sulle gravi e diverse criticità degli attuali criteri di valutazione della ricerca (peer-review, impact factor, etc.) e relative modalità di finanziamento.

Tra le diverse criticità degli attuali sistemi di valutazione della ricerca scientifica, tutte di certo importanti, la mancata valutazione integrata della ricerca quale strumento di formazione scientifica del medico e relativa differenziazione da una ricerca finalizzata a se stessa incide significativamente sul prestigio, sul ruolo formativo e sul domani stesso delle Facoltà di Medicina e chirurgia; persistendo ancora questi pesanti equivoci concettuali di base, iniziative in atto nello scenario nazionale, sia in ambito della formazione che dell'assistenza, di certo valide e significative, rischiano di risultare vane. Cito, a titolo d'esempio, l'istituzione dei comitati di indirizzo per la valutazione della ricerca (Civr ora Anvur, agenzia nazionale per la valutazione della ricerca universitaria) e del sistema universitario (Cnvsu), il nuovo ordinamento delle scuole di specializzazioni, l'educazione continuativa in medicina e le stesse recenti proposte ministeriali finalizzate a modificare il "paradosso universitario" di un'autonomia gestionale che non ha potere decisionale ed un potere di decisioni che ha limitatissime funzioni di gestione.

Il ritardo della cultura della formazione

Forse perché coinvolto anche nelle impegnative (e lucrative) problematiche della ricerca & innovazione, il mondo universitario si è trovato in larga misura impreparato, sia da un punto di vista pedagogico che epistemologico ad affrontare e risolvere i problemi propri di una società in continuo e costante divenire, quale è l'attuale società della conoscenza.

Dal punto di vista pedagogico è oggi pura illusione pensare che, in una società in continuo e costante divenire, il sapere possa essere "cristallizzato" ed insegnato come avveniva in passato, e non invece ricercato, costruito, condiviso e vissuto, finalizzando l'istruzione superiore non tanto e non solo a trasmettere informazioni e conoscenze, quanto a valorizzare una metodologia scientifica dell'apprendimento che aiuti a sviluppare il senso critico, l'imparare ad imparare e l'imparare ad essere.^{13,14}

In passato il sapere era relativamente stabile per cui ciò che si imparava a scuola si modificava solo per effetto dell'esperienza.

Oggi invece la crescita continua delle conoscenze e delle tecnologie ha reso provvisorio ogni sapere per cui ciò che si impara a scuola è solo la base sulla quale il sapere continua a crescere. Ogni professionista, di conseguenza, deve continuare ad imparare per tutta la vita professionale per adeguare le proprie conoscenze alle diverse necessità, non sempre prevedibili in fase formativa.

Il sistema produttivo non chiede più, in questo nuovo contesto, laureati che servono solo all'oggi, a fare cioè quello che si sta già facendo. Per acquisire le competenze del "mestiere" oggi non è necessaria la laurea, ma possono essere sufficienti i corsi di formazione, i *briefing*, che sono tanto di moda, come è testimoniato dai criticati 23000 e più corsi di formazione sanitaria che si svolgono annualmente in Italia. Per il prossimo futuro in Europa ed in Italia già si parla di *corporate university* e di *Atenei di azienda* i cui corsi indirizzati inizialmente ai propri dipendenti e collaboratori si stanno sempre più aprendo a clienti esterni alla stessa azienda-

Compito istituzionale prioritario di una Università inserita nell'attuale società, è invece preparare laureati adatti ad apportare innovazioni culturali nel contesto sociale gestendo situazioni complesse con capacità creative. Capaci cioè non solo di trasmettere il sapere in atto e fare ricerca per aumentarlo (approccio

oggettivistico), ma anche di prepararsi ad affrontare il *saper*^{15,16} in potenza (approccio costruttivistico).

Il tempo dell'Università non è qualcosa di episodico, che comincia con l'iscrizione e finisce con la laurea. Insegnare significa trasmettere una metodologia scientifica: significa educare lo studente a cimentarsi, per tutta la vita professionale, con la produzione scientifica, stimolandolo a mettere in gioco principalmente le capacità critiche e creative e non solo quelle recettive.

Un sapere nutrito di metodologia scientifica sollecita anche la riflessione sulle implicazioni etiche e deontologiche della sua traduzione nell'ambito professionale e sulla necessità di costruire competenze trasversali. Ciò significa integrare saperi stabilizzati, pronti alla applicazione diretta, con saperi fluidi, problematici, aperti a soluzioni innovative e alla ricerca di metodi e tecniche per interrogare l'esperienza e sperimentare sui fenomeni della realtà onde meglio comprenderla e meglio dominarla.

Contemporaneamente la crescita continua delle conoscenze e delle tecnologie rende oggi necessario, dal punto di vista epistemologico¹⁴, rivedere l'attuale organizzazione del sapere, troppo frazionata in discipline specialistiche e sub specialistiche, in settori scientifici-disciplinari, in società scientifiche. I 350 e più settori scientifico disciplinari riescono già con difficoltà a giustificarsi con gli specialismi della ricerca, ma sono certamente eccessivi (oltre che settoriali ed anche di parte) per creare conoscenze di base ed adeguatamente strutturare i corsi di studio.

È necessaria una innovazione culturale che sappia raccogliere ad unità e dare significato alla complessità dei fenomeni naturali, tecnologici, sociali, evitando l'eccessiva frammentazione che nuoce alla formazione. Un compito impegnativo, per il quale è necessario che il maggior numero possibile di docenti si impegni nella revisione degli ordinamenti didattici, non solo attivamente, ma anche con lavoro di gruppo ed integrazione delle competenze. Una revisione intesa a diffondere una cultura della progettazione, che non è solo costruzione di obiettivi formativi *pertinenti* alla rilevanza dei bisogni e *coerenti* con i risultati, ma anche *riflessione epistemologica sul contenuto* delle discipline oggetto del proprio insegnamento e sulle loro finalità formative e professionalizzanti (corporativismo permettendo).

Va ben compreso che tutto ciò non significa

rinunciare alla missione tradizionale della Università. Significa invece saper integrare, con metodo scientifico (il metodo è permanente mentre i contenuti evolvono nel tempo), l'approccio oggettivistico della formazione teacher centred con quello costruttivistico student centred; integrazione che diviene, nell'attuale società della conoscenza, il nuovo collante culturale dell'inscindibilità della ricerca dalla didattica nella formazione universitaria.

Purtroppo proprio la mancata (o parziale) applicazione di questa integrazione nella realtà formativa universitaria è oggi causa del ritardo culturale della formazione medica in Italia, di cui l'esperienza recente del progetto ECM (Educazione Continua in Medicina) e sue attuali criticità costituiscono riferimenti esplicativi.

La necessità di questa sperimentazione, iniziata ormai da quasi sette anni, risponde ad una esigenza propria e specifica dell'attuale società della conoscenza (non presente nelle società precedenti) quale la crescita continua e costante delle conoscenze e delle tecnologie:

Il progetto è stato opportunamente così chiamato, fin dal suo nascere, per sottolineare la sua valenza educativa e non solo formativa¹⁷, assimilabile nei suoi diversi aspetti alla ricordata integrazione tra il sapere trasmesso e il sapere in potenza.

Purtroppo la quasi totalità di corsi ECM che si svolgono in Italia, compresi quelli organizzati dall'Università, essendo stati inseriti verticisticamente in un preconstituito sistema formativo rigido, riduzionistico e docentocentrico, quale è il nostro, si sono necessariamente appiattiti, sin dall'inizio, solo sulla trasmissione delle conoscenze, vanificando gran parte del significato culturale dell'iniziativa.

L'educazione continua in medicina non è e non può essere, nella società della conoscenza, solo e soltanto un espediente correttivo necessario per mantenere aggiornate le competenze professionali dei medici; l'ECM è essa stessa parte integrante di un processo scientifico-metodologico di formazione che, acquisito ed applicato nel corso universitario, porta lo studente/medico all'autoformazione finalizzata, sia nel tempo formativo che in quello professionale, alla crescita e alla valorizzazione delle personali potenzialità intellettive ed operative.

Il tempo dell'università, si diceva, non è più oggi qualcosa di episodico.

Compito istituzionale dell'Università non è (o non è solo) quello di trasmettere informazione e conoscenze, gestendo sia corsi istituzionali

che corsi volontaristici di aggiornamento (briefing) che oggi, per le non trascurabili ricadute di immagine ed anche economiche, abbondano di certo. Caratteristica specifica e qualificante di una Facoltà di Medicina e chirurgia, inserita nella società della conoscenza, è quella di preparare gli studenti, futuri professionisti, a gestire in proprio la personale formazione in medicina per l'intera propria vita professionale.

Innovazione culturale... non da poco, che richiede condivisione, coinvolgimento, corresponsabilità.

Il ritardo della cultura dell'assistenza

In questi ultimi quarant'anni la medicina, o meglio la pratica medica che si realizza quotidianamente nelle corsie degli ospedali e negli ambulatori dei medici è radicalmente cambiata sia per la crescita continua e costante delle conoscenze e delle tecnologie, con conseguente sviluppo della ricerca & innovazione, che per l'inserimento nel campo di azione del medico di due discipline non naturalistiche, l'etica e l'economia.

L'opera del singolo medico al letto del malato, fino a pochi decenni or sono, richiedeva la conoscenza dei concetti e delle teorie più importanti delle scienze biomediche di base, pochi erano gli strumenti per raggiungere il proprio scopo e semplici le valutazioni del proprio agire.

Il medico è il fisiologo dell'uomo malato diceva allora Augusto Murri.

Il rapporto medico paziente era in quella fase storica, antecedente la nascita della bioetica, cardine e base di una medicina olistica. Il paziente vedeva nel medico non solo il professionista cui rivolgersi per le sofferenze fisiche, ma anche il consigliere idoneo a curare le sofferenze morali. La professione medica era allora professione ma anche missione, ed il medico era anche una specie di sacerdote laico che nel concreto della quotidianità si integrava e si completava con il vero sacerdote.

Direi oggi con Cosmacini¹⁸ che questo atteggiamento compensava spesso la propria ancora scarsa efficienza terapeutica con la propria ancora cospicua efficacia curativa; il compenso alla tecnologia carente stava in un'antropologia esaustiva modellata sul buon rapporto interpersonale.

Coloro che appartengono alla mia generazione ricordano di certo anche che, in quel periodo, le decisioni cliniche erano prese senza tenere in alcun conto le conseguenze economiche;

anche perché l'esiguità di gran parte dei costi e il clima artigianale di molte indagini non producevano le conseguenze delle decisioni cliniche odierne.

Questa impostazione tradizionale, naturalistica e positivista, della medicina oggi, nella società della conoscenza, non è più sufficiente a rappresentare la medicina scientifica moderna.

Le Facoltà mediche, impegnate a seguire la corsa frenetica alle specializzazioni e superspecializzazioni, come anche all'ultimo congresso e all'ultima pubblicazione, a volte (o spesso) irrilevanti e insignificanti, non hanno saputo (o forse voluto) riflettere ed affrontare criticamente questo cambiamento, strettamente correlato alle nuove esigenze della società.

È mancato purtroppo il coinvolgimento attivo della base accademica e professionale, impegnata a gestire, o meglio a difendere, il proprio vissuto (fortemente minacciato dalla progressiva invadenza burocratico-amministrativa) e poco propensa di conseguenza (conflitto di interesse?), ad impegnarsi seriamente in una innovazione di valori e di identità.

In questo contesto il rapporto medico-paziente, cardine della medicina del passato si è infatti significativamente deteriorato (fino alla rottura) portando a ritenere¹⁹ che a meno di un cambiamento nel saper essere medico sarà assai difficile arrestare il cammino di questa professione verso la fine. Lo stesso grido di allarme è venuto dalle più importanti riviste mediche internazionali per un ripensamento sul ruolo del medico e sulle finalità del suo agire professionale.^{11,20}

È un momento questo in cui la medicina, come scienza e come professione, attraversa una crisi profonda, forse una delle più gravi dall'inizio della sua storia.

Esiste oggi tra gli utenti della medicina e coloro che la praticano, una profonda incomprensione; medici e medicina, mai come oggi, sono posti in continua discussione, in maniera nettamente superiore rispetto al passato.

La professione medica, così come è stata idealizzata e spesso anche vissuta da intere generazioni di dottori, è in effetti esposta, anche per la burocratizzazione della medicina sociale, ad una crisi di credibilità: una crisi importante, palpabile sconvolgente che sta attraversando il mondo del medico e della medicina; una crisi che presenta varie sfaccettature e situazioni che riguardano comportamenti e quotidianità ma che nel contempo è anche crisi profonda di valori e di identità.

Crisi profonda di valori e di identità collegata

(o condizionata), in gran parte, ad una attenta valutazione analitica, all'attuale ritardo della cultura della formazione, fortemente e significativamente amplificata per il forte impatto sociale della sanità.

Il recupero culturale dell'inscindibilità humboldtiana

Se condividiamo questa stretta correlazione concorderemo di certo anche, per coerenza ed obiettività, sul ruolo strategico dell'Università, delle Facoltà mediche in particolare, nel rimuovere l'inerzia culturale iniziale che blocca questo cambiamento.

Il recupero di una nuova inscindibilità culturale humboldtiana, nuove correlazioni tra ricerca, formazione ed assistenza, rapportate alle caratteristiche specifiche dell'attuale società della conoscenza, potrebbero fornirci, in concreto, forza sufficiente per superare questo blocco iniziale.

In passato furono opportunamente valorizzate, con il già ricordato inscindibile trionfo, le ricadute positive dell'arricchimento dei contenuti culturali prodotte dalla ricerca sulla formazione e sulla assistenza.

Questa ipotesi, valida, sufficiente ed esaustiva fino alla fine degli anni 60-70 è diventata poi, nella società della conoscenza non solo una "debole giustificazione" ma forse anche una "ricaduta negativa"²³. Debole giustificazione per la facilità attuale di acquisire fonti di aggiornamento diverse, sia tradizionali che informatiche. Con l'enfatizzazione poi di un ristretto problema, argomento specifico della propria ricerca (il già ricordato riduzionismo) si rischia di non insegnare una disciplina nel suo complesso e di trasmettere invece nozioni sostanzialmente prive di interesse per la preparazione professionale.

Nel tempo poi, proprio la crescita progressiva delle conoscenze e il conseguente sviluppo della ricerca & innovazione hanno portato a valorizzare due altre credenze sul ruolo della ricerca in ambito universitario, già insite, in parte, nell'*Introduzione allo studio della medicina sperimentale* di Claude Bernard.

Per la prima la ricerca che si svolge oggi nella Facoltà di medicina, aggiornando il concetto tradizionale di ricerca universitaria, per la crescita continua delle conoscenze, deve essere istituzionalmente finalizzata, quale "strumento di formazione", alla maturazione culturale dei docenti, rendendoli cioè capaci di insegnare in

modo critico.

Insegnare infatti è più che trasmettere informazioni; non basta in altri termini sapere per sapere insegnare poiché la buona didattica non consiste nell'informare ma nel formare il che si ottiene trasferendo nello studente la capacità di valutare criticamente le informazioni.

Per quanto riguarda invece le ricadute della ricerca sulla professione medica va valorizzato con forza il perfetto parallelismo tra procedimento di ricerca e procedimento clinico, implicito anche esso nel già ricordato testo di Claude Bernard e ripreso modernamente sulla scia degli insegnamenti di Popper.

La ricerca altro non è che un modo per cogliere il lato problematico dei fenomeni naturali, per poterli poi analizzare al fine di chiarirne la natura e l'origine. Tutto ciò è possibile solo se il ricercatore si attiene e si abitua a seguire quel percorso logico che caratterizza il metodo scientifico.

In effetti anche il medico parte dai rilievi riferiti dal paziente o individuati durante l'esame clinico: sulla base di tali rilievi si fa delle idee sulle cose osservate (le ipotesi esplicative) sottoponendole quindi al controllo mediante la prescrizione di accertamenti mirati²¹.

Tutto ciò porta a ritenere che il ricercatore nell'effettuare la ricerca si esercita e si abitua ad una metodologia e ad un modo di pensare e ragionare²² che, lungi dal servire solo nel momento specifico dell'indagine scientifica, rappresenta un efficace addestramento al modo di condurre scientificamente l'esame del malato e di procedere alla formulazione della diagnosi.

Ricerca ed assistenza sono inscindibili non tanto perché così appare opportuno in base a considerazioni organizzative, amministrative, legali, o anche corporative, ma in quanto ricerca scientifica, diagnostica e terapia clinica sono concettualmente e metodologicamente coincidenti, rappresentando le classiche due facce della stessa medaglia.

Tutto questo ovviamente vale per tutti i docenti che devono istituzionalmente svolgere ricerca, inclusi i pochi le cui ricerche passano alla storia.

In questo stesso contesto, ancora, la ricerca e innovazione, caratteristica specifica della società della conoscenza, può essere inserita, come di fatto già avviene, quale attività aggiuntiva delle strutture universitarie, purché distinta e non confusa con i compiti istituzionali delle stesse Università.

Cerchiamo ora di trasferire tutte queste consi-

derazioni nel contesto della realtà sanitaria e nella pratica medica di tutti i giorni.

La sanità riveste ovunque un ruolo fondamentale, ma anche molto delicato, sia per il peso nei bilanci delle varie nazioni, sia in quanto bene pubblico.

Le risorse economiche, scarse per definizione, sono ovunque destinate inevitabilmente a crescere per motivi diversi.

Questa crescita continua ha determinato nella società della conoscenza uno sviluppo altrettanto significativo della ricerca & innovazione fino a prospettare percorsi fortemente innovativi per creare e sviluppare meccanismi di mercato nella sanità. Portare cioè la sanità ad essere non solo un costo ma possibilmente anche uno dei motori più potenti dell'economia del paese; un'offerta di servizi sanitari più efficienti potrebbe/dovrebbe generare un incremento della domanda che a sua volta comporterebbe un incremento della domanda di beni e prodotti intermedi.

Introdurre acriticamente nel contesto di una sanità sociale e solidaristica come la nostra direttive e correttivi propri di ambienti fortemente diversi, come di fatto sta già avvenendo, è spesso fonte di... grosse criticità.

Per contro, proprio il continuo incremento della spesa pubblica sanitaria e la aziendalizzazione in atto delle strutture sanitarie, correlate anche alle specifiche caratteristiche del nostro sistema, ci hanno costretto a prendere in considerazione nella pratica medica, anche nella nostra società sociale, un concetto oggi molto importante: quello dell'appropriatezza.

L'appropriatezza può essere definita (glossario Sirm): *componente della qualità dell'assistenza che fa riferimento a validità tecnico-scientifica, accettabilità e pertinenza (rispetto a persone, circostanze e luogo, stato corrente delle conoscenze) delle prestazioni sanitarie.*

Questo concetto di appropriatezza si è affermato da noi con le riforme sanitarie degli ultimi decenni che si sono ispirate alla dottrina dell'organizzazione dei servizi pubblici conosciuta come *new public management*.

Esso implica anche la valutazione di come un certo provvedimento clinico proposto per far fronte alla situazione patologica di un paziente incida economicamente, se lo faccia aumentando eccessivamente e se non possa venire sostituito da un altro procedimento di pari validità, ma di minor costo.

Senza voler entrare in complesse implicazioni di politica sanitaria, ritengo opportuno eviden-

ziare che in una sanità sociale, a differenza di quanto avviene nel libero mercato, la corretta composizione dei bisogni, della domanda e dell'offerta rappresenta il fine ideale, purtroppo difficile da raggiungere nella realtà del quotidiano.

Laddove tuttavia domanda ed offerta si estendono al di là del dominio dei bisogni, l'offerta non è appropriata e la domanda può anche essere artificiosamente sollecitata, con negative ricadute e possibili conflitti di interesse.

Da qui la necessità d'interventi regolatori per evitare situazioni che gli economisti chiamano fallimento di mercato.

Proprio la ricerca quotidiana dell'appropriatezza economica-organizzativa nel processo di reingegnerizzazione in atto nelle strutture sanitarie ha portato a rilevare, in ambito nazionale ed internazionale, che nella azienda sanitaria, a differenza di quanto avviene nelle altre realtà aziendali, la sola organizzazione non è in grado di determinare la qualità dell'atto finale, non potendo prescindere dalle conoscenze scientifiche del professionista che effettua la pratica clinica.

Per questo in questi ultimi anni il termine appropriatezza, tende ad incorporare, andando anche oltre la definizione sopra riportata, il concetto di nuovi obiettivi specifici educativi e professionali, e incomincia ad essere usato in medicina anche per caratterizzare la scelta di atti e procedure specifiche che definiscono, qualificano e valorizzano la qualità professionale (culturale, scientifica ed empatica) del medico che effettua le singole prestazioni.

Il termine appropriatezza sta quindi ampliando il suo significato, così da integrare le valenze economico-organizzative dell'efficienza e dell'efficacia dell'atto medico, legate in gran parte alla tecnologia, con il valore predittivo dello stesso atto, fortemente condizionato dalla qualità professionale del medico.

Di certo un intervento non efficace non può essere appropriato, tuttavia anche un intervento per il quale vi sia prova scientifica certa di efficacia potrebbe non essere appropriato, qualora effettuato su un paziente per il quale non è indicato.

Così intesa l'appropriatezza implica una forte valutazione clinica di esclusiva pertinenza del medico.

Ne deriva che una valutazione completa dell'appropriatezza nella nostra sanità sociale non possa limitarsi a considerare un solo aspetto dell'attività medica, quale può essere il pur importante dato organizzativo-gestionale, ma deve invece prendere in considerazione i suoi

multiformi aspetti, costituendo una sorta di valutazione di efficacia sul singolo paziente, in relazione con i suoi bisogni e con la complessità assistenziale del particolare caso. La medicina è scienza ma è anche arte.

Così se la pratica medica viene considerata dal punto di vista della conoscenza si dovrà valutare una appropriatezza metodologica ed una appropriatezza scientifica; se invece si valuterà la medicina come attività che comporta relazioni tra persone, si dovranno considerare una appropriatezza deontologica, una appropriatezza etica ed una appropriatezza economica-organizzativa-gestionale²³.

In questo nuovo ambiente culturale la pratica medica si differenzia, oggi, sostanzialmente da quella del passato.

In passato infatti la pratica medica non poneva il problema dell'appropriatezza in modo pressante come oggi. L'opera del singolo medico al letto del malato appariva, come già ricordato unitaria, pochi erano gli strumenti per raggiungere il proprio scopo, e semplici le valutazioni del proprio agire.

Poi proprio le complessità crescenti dell'atto medico e lo sviluppo progressivo della ricerca & innovazione e rispettive ricadute, rendendo non più attuale la pregressa inscindibilità humboldtiana hanno valorizzato l'apprendimento scientifico nella formazione e nella professione medica correlandolo strettamente alle esigenze della società.

L'apprendimento di una metodologia scientifica, che è ben altra cosa della ricerca spasmodica del risultato in sostanza utile di una ricerca, serve infatti, nell'inscindibilità dei ruoli, a valorizzare in una società in evoluzione la scientificità nella formazione e la scientificità nell'attività professionale; a favorire condivisione, corresponsabilità, collaborazione e lavoro di gruppo interattivo, favorendo tempi e modi di incontri nel lavoro quotidiano.

L'oggetto di conoscenza, di conseguenza, non è più il "saper cosa" ma il "saper come"; si tratta di esplorare e di osservare la realtà *in laboratorio e sul campo*, intervenendo nel fenomeno, ponendo problemi e ricercando le procedure di soluzioni.

Si realizzano così *esperienze formative* con il docente che, come ricordato, non ha più il compito di trasferire/spiegare conoscenze, ma piuttosto quello di aiutare a scegliere il metodo corretto per risolvere il problema.

Lo studente formato ed educato alla metodologia scientifica nella formazione e nel lavoro

professionale sarà capace da professionista di organizzarsi in ogni evenienza, adeguando la propria formazione ai cambiamenti della medicina e della stessa società, oggi non sempre prevedibili.

Questo forse aveva intuito Humboldt, quando introdusse la ricerca scientifica accanto e a monte di quella funzione didattica che era da sempre patrimonio dell'Università.

Lo studente formato alla soluzione dei problemi, sia formativi che assistenziali, porterà per sua formazione culturale al centro della propria quotidiana attività professionale le reali esigenze del paziente.

La realizzazione concreta di questo nuovo modello culturale di integrazione nella formazione medica, inserita nell'attuale società della conoscenza è fortemente condizionata dalla verifica della qualità del prodotto finale (professione medica) ma anche dalla qualità del processo produttivo (funzione docente).

È questa una importante significativa innovazione da non trascurare.

La metodologia dell'assicurazione di qualità, sviluppatasi in una vera e propria scienza, impronta di sé ormai tutti i rami della produzione, ivi compresi quelli della formazione e dell'assistenza sanitaria. Nata negli anni 30 dal concetto di controllo di qualità del prodotto finito, è evoluta poi nell'assicurazione di qualità (come insieme delle attività che sorvegliano il processo produttivo) fino a giungere, attraverso la maturazione del concetto di miglioramento continuo di qualità all'attuale visione di total quality management.

L'esperienza più recente evidenzia che lo sforzo iniziale necessario ad assorbire ed applicare i concetti del *total quality management*, nonché il maggior costo necessario a produrlo, sono ripagati, nel medio e lungo termine, dall'ottenimento di un prodotto migliore.

Il che non avviene dove tutto ciò è ignorato completamente o è affrontato con il pressappochismo di chi crede di saper tutto per scienza... infusa.

Ho purtroppo l'impressione che per quanto riguarda la formazione e la professione medica in Italia non siamo neppure alla fase degli anni 30, in altre parole a quella del controllo di qualità del prodotto finito.

In questa situazione di stallo e grande criticità bisogna essere culturalmente fortemente propositivi.

È necessario un costruttivo impegno di tutti gli addetti ai lavori, nessuno escluso, per migliorare e valorizzare ulteriormente la funzione docente e la professione medica rapportando e

finalizzando entrambe alle nuove reali esigenze dello studente e del paziente. Non è poco!

Proprio la complessità di tutte queste problematiche rende oggi necessario, sulla scia di quanto avvenuto in ambito sanitario, una reingegnerizzazione culturale della formazione universitaria in medicina, per il domani stesso delle nostre Facoltà.

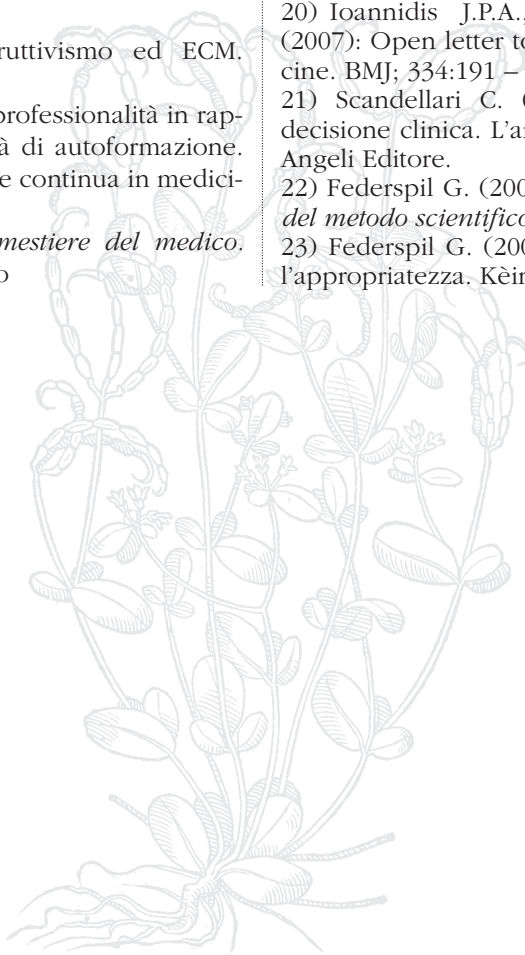
Utopia o realtà?

Se il domani lo si costruisce oggi, molto dipenderà dalle specifiche caratteristiche universitarie nella formazione e nella professione medica inserite nella società della conoscenza.

Bibliografia

- 1) Derida J., Rovatti P.A. (2002): *L'Università senza condizioni*. Raffaello Cortina Ed. Milano
- 2) Von Humboldt W. (1974): *Stato, Società e Storia*. Editori Riuniti Roma (edizione italiana)
- 3) Scandellari C. (2004): Il ruolo della ricerca nel miglioramento della didattica e dell'assistenza. *Rays*; 29: 77-82
- 4) Cerroni A. (2007) La biocomunicazione nella società democratica basata sulle scienze in biocomunicazione, in *Biotechocrazia* (a cura di C. Modolesi, G. Tamino e I. Verga) pag. 103-115 Editorial Jaca Book Milano
- 5) Maccacaro T. (a cura di) 2007: *La ricerca tradita*. Garzanti Ed.
- 6) Tosi P. (2007): Formazione e ricerca, elementi fondanti di un'Università per il paese. Università Italiana, Università Europea (accessed Novembre 3, 2007, at <http://www.unicam.it/archivio/eventi/incontri/convegni/UniltaEu010207/documenti/Tosi.pdf>)
- 7) Marano P. (2005): La facoltà di Medicina e chirurgia in una società che cambia. *Med. Chir*; 28:1056-1060
- 8) Marano P. (2006): *Crisi della medicina accademica*. F. Angeli Ed. Milano
- 9) Nicoletti R. (2003): La ricerca universitaria. *Università Notizie*; 23: 7-9
- 10) Nicoletti R. (2004): Ricerca pura ed applicata. *Università Notizie* 24; 3: 12-14.
- 11) La nuova professione del medico (editoriale) 2002: *Am J Med* 36; 3: 243-248.
- 12) Bobbio M. (2004): *Giuro di esercitare la medicina in libertà ed indipendenza*. Einaudi, Torino
- 13) Guilbert J.J. (1981): *Guida pedagogica*. Organizzazione mondiale della sanità. Armando Ed. (edizione italiana).
- 14) Galliani L. (2007): Le nuove forme della didattica in un'Università cambiata. Università Italiana, Università Europea (accessed Novembre 3, 2007, at <http://www.unicam.it/archivio/eventi/incontri/convegni/UniltaEU010207/documenti/Galliani.pdf>)

- 15) Calvani A. (1998): Costruttivismo, progettazione, didattica e tecnologia. In: *Progettazione formativa e valutazione*. Bramanti D., pg: 29-44. Carocci Ed. Roma.
- 16) Curtoni S. (2003): Costruttivismo ed ECM. *Perform*; 4:13-16
- 17) Vettore L. (2004) Livelli di professionalità in rapporto ai bisogni e alle capacità di autoformazione. Una pedagogia per l'educazione continua in medicina *RAIS* 29,1,37-50.
- 18) Cosmacini G. (2000) *Il mestiere del medico*. Raffaello Cortina Editore Milano
- 19) Tatarelli R. , De Pisa E., Girardi P. (2002): *Curare con il paziente. Metodologia del rapporto medico-paziente*. Franco Angeli Editore Milano
- 20) Ioannidis J.P.A., Ahmed T., Awasthi S., et. Al (2007): Open letter to the leader of academic medicine. *BMJ*; 334:191 – 194.
- 21) Scandellari C. (1995): Dall'informazione alla decisione clinica. *L'arco di Giano* 7,173-182, Franco Angeli Editore.
- 22) Federspil G. (2004): *La logica clinica, I principi del metodo scientifico*. McGraw-Hill Ed. Milano.
- 23) Federspil G. (2000): Le cinque dimensioni dell'appropriatezza. *Kèiron*; 5: 50-59.



Progetto Gargnano

Nel fascicolo 40-41 l'articolo "Progetto Gargnano" è apparso privo del nome di alcuni Autori. Ci scusiamo per l'errore e riportiamo la composizione corretta del Gruppo.

Il gruppo di Gargnano è così composto (tra parentesi, l'Ateneo di appartenenza): Balestrieri M. (Udine), Bellotti G. (Insubria Varese), Bruni R. (Unicampus Roma), Caracciolo S. (Ferrara), Casari E. (Genova), Clerici C. (Statale Milano), Goss C. (Verona), Imperatori F. (Novara), Lunardelli M. (Statale Milano), Mauri E. (Statale Milano), Menoni E. (Siena), Moja E.A. (Statale Milano), Quartieri Bollani M. (Statale Milano), Ricci Bitti P.E. (Bologna), Sommaruga M. (Varese), Segura Garcia C. (Catanzaro), Strepparava M.G. (Bicocca Milano), Tomei G. (Roma), Trotti E. (Insubria Varese), Valerio P. (Napoli), Vegni E. (Statale Milano), Zimmermann C. (Verona). Della Faculty che ha condotto il percorso hanno fatto parte: Bensing J. (NIVEL, The Netherlands), Makoul G. (Chicago, U.S.A. per la progettazione del percorso formativo), Peltenburg M. (Zurigo, Swiss), Silverman J. (Cambridge, UK). L'incontro di formazione all'interno di cui si è costituito il Progetto Gargnano è stato in parte finanziato dal Centro C.U.R.A., Università degli Studi di Milano.

Il rischio clinico nella formazione universitaria

Mario Amore (Consiglio Universitario Nazionale), Rosetta Cardone (Ministero della Salute), Angelo De Feo (Ministero della Salute), Alessandro Ghirardini (Ministero della Salute)

Il presente documento, elaborato da esperti del Ministero della salute (A.G., R.C., A.D.F.) e del Consiglio Universitario Nazionale (MUR) (M.A.), descrive i concetti generali e le motivazioni per l'inserimento della formazione in tema di sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico durante il corso di laurea in medicina e chirurgia, al fine di assicurare competenze che rispondano in modo puntuale alle esigenze attuali e future dei servizi sanitari, in relazione alle competenze degli operatori sanitari.

Introduzione

Il sistema sanitario si trova a dover rispondere a nuove esigenze, quali la crescente specializzazione, l'introduzione imponente di nuove tecnologie a supporto dei processi diagnostico-terapeutici, le aspettative e le richieste sempre più numerose da parte dei cittadini che contribuiscono ad accrescere la complessità del sistema, determinando la necessità di strumenti di controllo sistematico per aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

E' quindi necessario promuovere nuove strategie formative sanitarie per la gestione efficace del rischio clinico che presuppongono un cambiamento culturale di sistema, nella prospettiva di aumentare la qualità, riducendo al contempo i costi derivanti da errori compiuti dal personale sanitario nelle varie fasi dell'operare diagnostico e terapeutico.

In tal senso si indirizzano le indicazioni degli organismi internazionali (Commissione Europea, Organizzazione Mondiale della Sanità, Consiglio d'Europa e OCSE) e quelle previste dal Piano Sanitario Nazionale 2005-2008 che ribadiscono il carattere strategico e operativo da attribuire alle attività in tema di rischio clinico e alla promozione della cultura della sicurezza.

Occorre promuovere in ambito sanitario una visione di tipo sistemico, che consideri l'errore anche come fonte di apprendimento e quindi stimolo per il miglioramento dei processi assistenziali. Emerge quindi in maniera evidente il ruolo centrale che l'Università deve assumere anche in questo settore, quale centro primario di formazione ed educazione avanzata. In considerazione di ciò, i Paesi che hanno predisposto politiche volte alla sicurezza dei pazienti,

hanno impostato programmi formativi che comprendono non solo la formazione continua e post-laurea, ma anche l'inserimento di specifici insegnamenti nei corsi di laurea per le diverse figure professionali che agiscono in sanità, da riportare nel "Diploma supplement".

A livello europeo, la Commissione Europea con la *Luxembourg Declaration on patient safety* del 2005, ha chiesto di inserire la promozione della sicurezza dei pazienti nella formazione universitaria degli operatori sanitari.

Successivamente, nel maggio 2006, il Consiglio d'Europa con la raccomandazione *Management of Patient Safety and Prevention of Adverse Events in Health Care* ha incoraggiato la promozione dello sviluppo di programmi di formazione per tutto il personale sanitario, compresi i dirigenti, per migliorare il processo decisionale clinico, la sicurezza, il *risk management* e l'adozione di approcci appropriati nel caso di eventi avversi.

La cultura della sicurezza richiede *competenza*, ovvero esige che gli operatori sanitari conoscano i fattori tecnici, organizzativi, ambientali ed umani che possono concorrere a determinare errori ai vari livelli dell'operare sanitario.

Le competenze per la sicurezza presuppongono, oltre alla consapevolezza della rilevanza del problema, che gli operatori abbiano le conoscenze per:

- conoscere i fattori organizzativi, ambientali, tecnologici, umani (correlati al *team*, individuali, caratteristiche dei pazienti);
- identificare e segnalare i rischi;
- applicare specifici metodi e strumenti proattivi e reattivi;
- comunicare in forma efficace;
- lavorare in *équipe*;
- coinvolgere ed educare pazienti, familiari, volontari e altri operatori informali.

Questi elementi costituiscono i principali cardini di una cultura volta alla sicurezza dei pazienti.

Pertanto, in relazione a queste esigenze, la formazione assume un ruolo strategico per la gestione del rischio clinico e lo sviluppo del sistema e giustifica una sua collocazione, strutturata e strutturale, nell'ambito del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Tale esigenza formativa e di conoscenza deve

essere traslata anche agli altri corsi di Laurea nelle discipline bio-mediche che coinvolgono la formazione di personale interessato, per vari motivi, alla gestione del rischio clinico nelle strutture sanitarie.

Gli Atenei, nel rispetto dei propri obiettivi e della autonomia di scelta e programmazione delle attività didattiche, dovrebbero prevedere l'inserimento della tematica della sicurezza dei pazienti e del rischio clinico nei corsi di laurea delle discipline interessate, anche tramite la progressiva introduzione di esperienze di formazione interdisciplinare nell'insegnamento di tale tematica durante il percorso accademico. Tuttavia, in considerazione della rilevanza del tema e dell'impatto sulla qualità del servizio sanitario nazionale, nonché sulla sicurezza dei pazienti, è opportuno che i programmi formativi siano omogenei sul territorio nazionale per contenuti, modalità didattica e durata.

Un possibile progetto formativo

I contenuti e l'articolazione del progetto formativo potrebbero essere sviluppati secondo uno schema modulare; in particolare l'insegnamento potrebbe essere articolato in varie aree, come di seguito indicato:

I area

Inquadramento generale del problema: aspetti culturali e gestionali (definizioni, fattori umani, strutturali, tecnologici ed organizzativi)

Glossario della sicurezza

Aspetti epidemiologici degli eventi avversi

Gestione del Rischio Clinico come componente del Governo Clinico

Principali metodologie per l'identificazione e l'analisi del rischio e degli eventi avversi, in particolare degli eventi sentinella (Sistemi di *Reporting*, *Root Cause Analysis*, *Failure mode and effects analysis*, *Audit clinico*)

II area

Aspetti etici (definizioni di rischio e principali tipologie, *Risk assessment* e *Risk management*, quantificazione ed accettabilità del rischio, il principio di precauzione e le politiche cautelative, giustizia ed equità)

Comunicazione (motivazioni e barriere alla comunicazione dell'errore, la comunicazione con il paziente, raccomandazioni per la comu-

nicazione degli eventi avversi, la comunicazione interna e con i *media*)

Coinvolgimento degli *stakeholder* (motivazioni e metodi)

III area

Flussi informativi (informazioni disponibili, il Sistema di classificazione ICD9-CM, gli indicatori per la sicurezza dei pazienti, la revisione delle cartelle cliniche e gli eventi sentinella)

Documentazione clinica (la Cartella Clinica quale strumento per l'analisi e la riduzione dell'errore in medicina, il consenso informato, la documentazione infermieristica, i riferimenti normativi e legislativi)

IV area

Pratiche per la sicurezza: alcuni esempi

- prevenzione e gestione delle ulcere da decubito
- prevenzione e gestione della trombosi venose profonde
- corretta nutrizione nell'ambito sanitario
- corretta identificazione dei pazienti
- valutazione del rischio di caduta
- modalità sicure per le prescrizioni diagnostiche-terapeutiche
- consenso informato
- farmaci (LASA, terapia anticoagulante, farmaci ad alto rischio, dose unica, pompe da infusione)
- prevenzione delle infezioni da inserzione di catetere venoso centrale
- prevenzioni delle infezioni ospedaliere
- chirurgia (protocolli per la corretta identificazione del paziente, del sito e della procedura, profilassi dell'ischemia cardiaca acuta per pazienti ad alto rischio con beta-bloccanti, uso appropriato della profilassi antibiotica)
- radiologia (protocollo per la valutazione del rischio di insufficienza renale in seguito ad uso di mezzi di contrasto, protocollo per la prevenzione degli errori di identificazione delle lastre radiografiche)

V area

Aspetti medico-legali (aspetti deontologici, bioetica, normativi)

L'insegnamento delle varie aree all'interno del corso di laurea, dovrebbe distribuirsi nell'arco dei sei anni secondo un criterio progressivo ed integrarsi con gli altri insegnamenti previsti.

La formazione in Cure Primarie e la Medicina di Comunità

Un'opportunità per i futuri CLM riformati secondo il DM 270/2004

Paola Facchin (Padova)

Reti di cure primarie: una realtà attuale ed una sfida crescente

L'espressione *cure primarie* costituisce ormai una dizione comunemente usata nella comunità scientifica internazionale, nelle reti di formazione accademica e nella corrente prassi organizzativa ed assistenziale. Nonostante non esista un'unica ed universalmente condivisa definizione di cure primarie, esse sono genericamente identificate con l'insieme di attività, funzioni e servizi compresi nel contesto della così detta *medicina territoriale*, ovvero nella sede più prossima all'ambiente di vita della persona malata. Questa grande area di cure ha registrato una straordinaria espansione nel nostro Paese negli ultimi anni, tanto che il *budget* gestito dal territorio nelle sue varie articolazioni regionali (distretti, dipartimenti di cure primarie, servizi farmaceuti territoriali, ecc.) è cresciuto dal 20% dell'intero *budget* del Sistema Sanitario nel 1998 al 49% del 2003. Ormai questa soglia si approssima al 50% nella maggior parte delle Regioni e la supera in talune (Fig. 1).

Una così impressionante crescita è stata la conseguenza di politiche sanitarie che hanno implementato nuovi modelli di offerta assistenziale, trasformando progressivamente i compiti

affidati all'ospedale e ai centri universitari di eccellenza e tentando di definire i contorni ed i contenuti di nuove prese in carico di pazienti, specie con patologie croniche, o comunque condizioni complesse e di lunga durata, e/o con decadimento progressivo delle funzioni e generalmente senza realistiche opportunità di guarigione. Il contemporaneo invecchiamento della popolazione ha concentrato l'attenzione soprattutto sul sottogruppo assai numeroso dei malati anziani, in cui i bisogni sanitari sono associati, e spesso resi più complessi da affrontare, dalle contemporanee necessità sociali. In realtà lo stesso modello di cura integrato si è sviluppato più o meno compiutamente in molti altri campi, come ad esempio quelli della salute mentale, della riabilitazione e più in generale della presa in carico della persona disabile, dalla salute materno-infantile, delle cure palliative, ecc. Ciò ha comportato la crescita di attività e funzioni che hanno spinto a lavorare nei servizi territoriali un numero sempre crescente di professionisti di diversa estrazione culturale e, tra essi, di medici di diversa specializzazione. In talune Regioni (ad esempio nel Veneto), dove questo cambiamento è stato particolarmente intenso, quasi metà del personale socio-sanitario dipen-

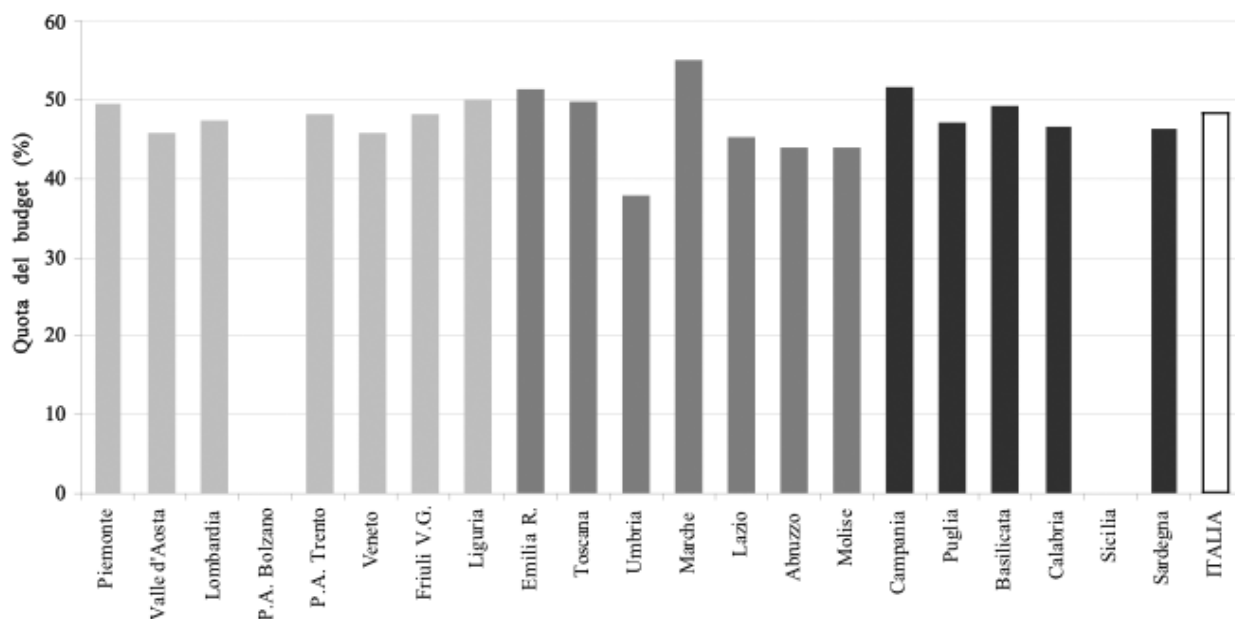


Fig. 1 - Percentuale di budget gestito dall'assistenza territoriale per Regione (Fonte: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, anno 2001).

dente o convenzionato lavora totalmente o parzialmente nel territorio, venendo così a definire delle reti di assistenza composte da molte diverse tipologie di professionisti, di cui circa il 40% medici. Tra i medici meno della metà (tra il 15 e il 20%), sono medici di medicina generale, mentre i restanti (20-25%) sono specialisti di molte diverse specializzazioni (pediatria, geriatria, psichiatria, medicina fisica e riabilitativa, ginecologia, medicina interna, malattie del ricambio e metaboliche, chirurgia generale, anestesia, oncologia, e molte altre). Si comprende bene, quindi, come l'equazione, che spesso viene riproposta, reti di cure primarie uguale a medicina generale, sia del tutto forviante rispetto alla realtà dei fatti, oltre che scorretta dal punto di vista culturale e scientifico (Fig. 2).

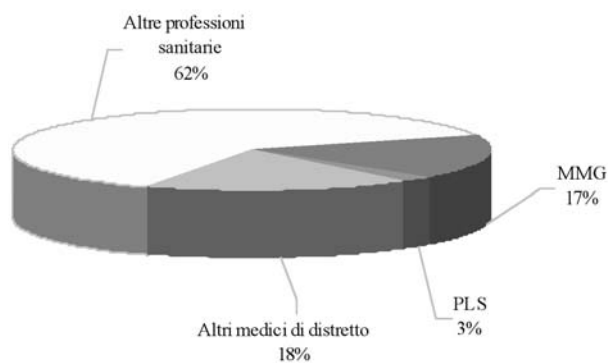


Fig. 2. Distribuzione dei professionisti operanti nelle reti di cure primarie (Fonte: *Relazione Sanitaria*, anno 2003, Regione Veneto)

Questa trasformazione dei sistemi sanitari regionali andrà ad impattare pesantemente sui sistemi di formazione, in particolare in quelli pre-laurea gestiti dalle Facoltà di Medicina e Chirurgia, tra cui i corsi di laurea in Medicina, e in quelli post-laurea delle Scuole di Specializzazione. Di questo impatto si hanno ora i primi sentori, ma essi diventeranno tra pochi anni enormemente condizionanti, anche tenendo conto delle dinamiche e dei tempi di formazione dei professionisti e delle esigenze di essi da parte del "mercato", costituito appunto dal sistema dei servizi. Attualmente circa 6500 studenti entrano nel corso di laurea di Medicina in Italia e ne escono laureati intorno a 7000-7500 per anno. Questi vanno ad alimentare il circuito della formazione post-laurea, costituito sia dalle Scuole di Specializzazione, sia dalle Scuole regionali per la formazione in Medicina generale, circuito post-laurea che oggi complessivamente

immette nel mercato del lavoro meno di 8000 nuovi professionisti. Come è evidente l'intero sistema della formazione è sbilanciato, poiché le uscite attuali superano le nuove entrate, risentendo ancora del contingente di studenti che lungamente soggiornano nelle Facoltà italiane come fuori corso accumulati dagli anni passati. Nel futuro è quindi prevedibile fin da ora una progressiva diminuzione del numero di nuovi professionisti disponibili per rimpiazzare il *turnover* dei servizi. Esso è stimato intorno al 15% del totale degli oltre 180000 medici dipendenti o convenzionati entro 5 anni e di quasi il 60% entro 15 anni. Una grande parte di questa quota riguarderà i medici di medicina generale, poiché quelli attualmente attivi presentano un *cluster* per età concentrato intorno ai 20-27 anni di laurea. Il problema quindi di quanti e soprattutto quali professionisti formare si pone ora con urgenza alle Facoltà di Medicina, poiché la latenza tra immissione nel circuito della formazione ed uscita per i nuovi studenti è ormai non inferiore agli 11-12 anni.

Chi forma per le cure primarie: il ruolo dell'Università

Come abbiamo già brevemente sopra accennato, i sistemi sanitari, in Italia, ma più in generale in tutti i paesi occidentali, si trovano nella necessità di dare risposte complesse e sostenibili a patologie sempre più spesso croniche e a bisogni di salute articolati, richiedenti sia la disponibilità di competenze specialistiche raffinate, che solo reti verticali di centri di eccellenza clinica possono offrire, sia di un approccio olistico e di attenzione alla persona e alla qualità della sua vita, che solo la multisettorialità e multidimensionalità delle reti orizzontali di cure primarie possono garantire. Su questa necessità obiettiva si è innestata nel nostro Paese una accesa polemica che ha messo in dubbio la capacità dell'Università di adattare i propri percorsi formativi ai nuovi modelli assistenziali. Si sono rese sempre più insistenti le richieste di arrivare progressivamente a Scuole regionali di Medicina, o per lo meno di spostare una parte della formazione pre-laurea e, soprattutto, post-laurea direttamente presso i servizi e le strutture esterne alle sedi universitarie e direttamente gestite dai sistemi sanitari regionali. Proposte legislative sono state già sviluppate a riguardo. Uno degli esempi che viene riportato a supporto di tali tesi è proprio l'incompetenza che le Facoltà di Medicina avrebbero

ro nella formazione dei medici di medicina generale e più in generale del sistema delle cure primarie. Ma è proprio vero quanto sostenuto? In realtà, le Facoltà di Medicina hanno già al proprio interno gli strumenti tipici della forma e della logica universitaria capaci di contrastare questi tesi e soprattutto di provvedere ad una formazione di qualità sia nel pre- sia nel post-laurea per l'intero sistema delle cure primarie e, quindi, anche della medicina generale.

Nell'ordinamento previsto dal D.M. 270, è infatti compreso, come d'altra parte negli ordinamenti precedenti, un apposito ambito disciplinare, la Medicina di Comunità, che specificamente ha l'obiettivo formativo di fornire le conoscenze, attitudini e competenze necessarie per agire nell'ambito dei sistemi di cura che fanno capo alle reti di cure primarie. L'ambito disciplinare già ora comprende più settori scientifici-disciplinari quali MED 09, 38, 42, ecc, proprio perché molteplici sono le competenze che servono che dare formazione utile per questi sistemi complessi. Là dove i corsi sono stati attivati da più tempo e con maggiore impegno, si sono integrate le risorse di docenza già disponibili nelle Facoltà con altre competenze professionali specifiche, di volta in volta selezionate con le modalità tipiche del mondo universitario, da professionisti operanti nei distretti sanitari e nella medicina generale. Una obiezione che potrebbe essere sollevata rispetto all'importanza strategica di attivare in questa maniera in tutti i CL di Medicina questo ambito disciplinare, consiste nella domanda su quale sia lo specifico culturale della medicina di comunità, poiché naturalmente non si può pensare che esista una malattia del territorio e una analoga dell'ospedale. In realtà la medicina di comunità costituisce un preciso ambito disciplinare riconosciuto in tutti i Paesi europei e d'oltreoceano, che presenta una elaborazione culturale sua propria e strumenti specifici che costituiscono appunto il fondamento di conoscenze e competenze su cui si devono basare le reti di cure primarie, compreso la medicina generale. Tale specifico culturale riguarda sia il fare diagnosi, sia il curare, sia, infine, le modalità organizzative ed il contesto di cura in cui agire. Il fare diagnosi costituisce una parte essenziale di tutte le competenze specialistiche e uno degli elementi fondanti del percorso formativo degli studenti in medicina. Lo specifico della medicina di comunità in questo ambito consiste nel passaggio dalla diagnosi di malattia all'*assessment* diagnostico dei bisogni assistenziali del paziente e della sua fami-

glia. Questo passaggio prevede un percorso diagnostico che, partendo dalla diagnosi di malattia e di eventuale comorbidità, attraverso l'*assessment* dei profili di *impairment* e di funzione, definisca il piano delle attività (ciò che può fare, cosa ci si aspetta che faccia, cosa vuole fare) e le contestualizzi nei diversi contesti di vita (famiglia, scuola, lavoro, ecc), determinando così la sequenza dei bisogni assistenziali specifici non solo e non tanto di una data malattia, ma piuttosto di una data persona. Ad esempio, uguali malattie in persone diverse possono portare a profili di bisogni assistenziali dissimili e, viceversa, un analogo bisogno assistenziale può essere condiviso da persone con malattie diverse. Il percorso diagnostico sopra indicato richiede ad ogni passo conoscenze specifiche, familiarità e capacità di utilizzo di molteplici strumenti a volte complessi, attitudine a considerare la persona malata nel suo complesso e nelle sue interazioni con le comunità di appartenenza, *in primis* la sua famiglia, competenze professionali da apprendere e testare nei diversi contesti dove sarà poi necessario realmente utilizzarle. La diagnostica multi-settoriale e multidimensionale che ciò comporta costituisce la base per stabilire concretamente cosa c'è da fare per quella persona. Anche per questo critico secondo ambito, quello della cura della persona malata, la medicina di comunità aggiunge alla tradizionale cura della malattia il passaggio alla presa in carico della persona, che viene definita negli aspetti operativi concreti attraverso la stesura di piani assistenziali integrati. Essi si basano sul profilo dei bisogni assistenziali e, per ognuno di essi, portano a stabilire il piano degli interventi, gli attori, i tempi, gli obiettivi di salute da raggiungere, gli *endpoints* che si intendono misurare, le risorse da mettere in campo e la coerenza interna e eventuale potenziamento tra le diverse azioni. I piani assistenziali sono tagliati sulla persona e la sua famiglia, sono dinamici nel tempo e hanno come obiettivo principale il raggiungimento della massima qualità di vita possibile, con ogni malattia ed in ogni fase della malattia. La sequenza nel tempo dei diversi piani assistenziali per ogni persona definisce il suo percorso assistenziale, che nelle malattie croniche e particolarmente in quelle molto severe, può quasi corrispondere al suo percorso di vita. Infine anche i modelli assistenziali ed organizzativi di riferimento sono specifici e ormai di sempre più diffuso utilizzo, come ad esempio le dimissioni protette, le assistenze domiciliari integrate e i

percorsi assistenziali. Essi non corrispondono a meri adempimenti amministrativi vuoti di contenuto clinico, ma modalità complesse per unire senza soluzione di continuità e frammentazione i vari ambiti (ospedale, territorio, domicilio), servizi, professionisti ed istituzioni che si occupano parallelamente o in sequenza temporale della cura della stessa persona. Anche in questo caso sono richieste conoscenza di strumenti dedicati, attitudine a gestire gruppi e a contenere conflitti, competenze organizzative specifiche. E' proprio per il suo essere terreno di confine tra diverse competenze disciplinari che l'ambito disciplinare di Medicina di Comunità comprende diversi Settori e, d'altra parte la disciplina di Medicina di Comunità, è compresa in differenti settori scientifici disciplinari.

Da crisi ad opportunità: alcune proposte concrete

Per quanto esposto sopra, l'Università ha al suo interno gli strumenti per trasformare la supposta da taluni difficoltà ad adattare i propri percorsi alla formazione per le cure primarie e la medicina generale, in una nuova opportunità per richiamare nel proprio ambito della formazione pre- e post- laurea questa ampia area ora realmente negletta e troppo spesso lasciata interamente a corsi e docenti non accademici.

Per quanto attiene i Corsi di Laurea in Medicina, la corretta applicazione del D.M. 270 ed in particolare l'attivazione dell'ambito disciplinare di Medicina di Comunità con i contenuti formativi in precedenza brevemente descritti, consentirebbe fin d'ora di dare a tutti gli studenti gli strumenti di base, da affinare nel corso della successiva formazione post-laurea, per poter interagire con o essere parte professionalmente attiva e qualificata delle reti di cure primarie. Il corso integrato dovrebbe prevedere una parte di didattica teorica, per dare le conoscenze di base e alcuni tra i più essenziali strumenti specifici, ed una parte teorico-pratica e di tirocinio in modo da esporre gli studenti ad esperienze concrete in diversi contesti assistenziali, ivi compreso quelli tipici del territorio e il domicilio del paziente. Un suggerimento, realmente sperimentato e dimostratosi di grande impatto formativo e gradimento da parte degli studenti, è il proporre parte di questa didattica pratica orientandola sui percorsi assistenziali di "pazienti tipo". Secondo questo approccio, alcuni pazienti, paradigmatici per tipo di bisogni assistenziali presentati, ricoverati nelle cliniche

durante la fase di diagnosi e/o di acuzie, possono essere seguiti direttamente dagli studenti in fase di dimissione protetta, ritorno a domicilio e presa in carico da parte delle reti distrettuali, comprendenti anche il medico di medicina generale. La disponibilità di un numero sufficiente di distretti, o comunque di servizi integrati territoriali, può essere garantita attraverso procedure di accreditamento-convenzione con aziende sanitarie territoriali, definendo una rete formativa per i CL in modo analogo a quanto già avvenuto per la formazione specialistica post-laurea.

Anche per quanto attiene la formazione post-laurea, l'attivazione della scuola di specializzazione in Medicina di Comunità costituisce una rilevante opportunità per le Facoltà di Medicina. La scuola, compresa nell'area medica, classe della medicina generale, presenta un ordinamento caratterizzato da un triennio clinico, che garantisce agli specializzandi esposizione ad esperienze formative rivolte a differenti bisogni assistenziali di pazienti di ogni classe d'età, in contesti di cura ospedalieri, di altre tipologie residenziali (ad esempio: *hospice*, RSA, ospedali di comunità, ecc.), territoriali e domiciliari, ed un biennio più manageriale-gestionale, con un tirocinio da svolgersi presso i vari servizi in cui il distretto si articola. Proprio per la sua organizzazione e per i contenuti formativi che la caratterizzano, la scuola è certamente adatta per riportare progressivamente la formazione del medico di medicina generale all'interno della formazione universitaria, dando contemporaneamente anche a questa figura la compiutezza e la dignità di un *training* accademico riconosciuto e rispondente alle esigenze già indicate anche dalla UE. Nella situazione attuale è prevedibile un progressivo avvicinamento a tale obiettivo, iniziando con l'identificazione, là dove sono già attivate le scuole, di alcune attività del primo triennio comuni con le scuole regionali di formazione per la medicina generale, per arrivare in un secondo tempo ad una possibile titolo congiunto dopo il primo triennio di scuola di medicina di comunità con le scuole regionali di medicina generale e successivo diploma di specializzazione al compimento del quinquennio solo per gli studenti del corso universitario. Ciò avrebbe il vantaggio di richiudere, in tempi relativamente rapidi, la frattura nella formazione post-laurea tra quella della medicina generale e di tutti gli altri medici, di prospettare un possibile avanzamento di carriera e responsabilità anche per pochi medici di

	Famiglie con minori con malattia rara	Famiglie con minori senza malattia rara
Rottura della famiglia	36%	7%
Cambiamento/abbandono lavoro madre	64%	34%
Cambiamento lavoro padre	22%	11%
Cambiamento dei piani per il futuro	50%	19%

Tab. 1 - Carico familiare in famiglie con minori con e senza malattia rara (fonte: Osservatorio per la Patologia in Età Pediatrica della Regione Veneto).

medicina generale interessati e capaci, subordinandolo però all'acquisizione del diploma di specializzazione specifico, e di preparare già la futura ulteriore evoluzione in una formazione con diploma specialistico anche per la medicina generale, ipotizzando un secondo biennio a due indirizzi, il primo tradizionale per specialisti in medicina di comunità ed il secondo nuovo per specialisti in medicina generale.

Per le implicazioni sopra descritte nella formazione pre- e post-laurea, lo sviluppo della medicina di comunità come base e contenitore della formazione del medico nell'area delle cure primarie, costituisce una unica opportunità per le Facoltà di Medicina, tanto più in questo momento di transizione quando sono completamente aperte opzioni di rinnovamento dei percorsi formativi per la necessità di disegnare nuovi ordinamenti di sede, assetti di Corsi di laurea anche con specifici orientamenti e ordinamenti e assetti delle scuole di specializzazione. Queste opzioni devono essere efficacemente utilizzate per adeguare i percorsi formativi alle trasformazioni dei sistemi di cura e per renderli più coerenti con i più profondi cambiamenti e aspettative che le persone e la società hanno intorno alla medicina e più in generale l'assistenza socio-sanitaria. Troppo spesso la presa in carico del malato specie se in condizioni severe, non guaribile e/o disabile, grava quasi totalmente sulla famiglia, con costi economici e sociali non ulteriormente sostenibili. Nella tabella 1 vengono riportati alcuni eventi accaduti in famiglie con minori affetti da gravi malattie rare disabilitanti ed evolutive ed in famiglie con minori senza questo problema, residenti nelle stesse aree.

Come si vede la trasformazione della vita stessa dell'intera famiglia, a causa della necessità di

fornire assistenza al congiunto spesso sostituendosi ai sistemi di cura ora inefficaci, è radicale. Questa lontananza tra bisogni delle famiglie e offerta dei servizi non si evidenzia solo nelle circostanze estreme, come appunto quelle delle malattie rare, ma è piuttosto una condizione ricorrente in molte famiglie con malati cronici, anziani non autosufficienti, patologie mentali, e altro. La sfiducia che ciò comporta determina frequentemente il ricorso a medicine alternative o addirittura al paranormale, ricorso in grande crescita nel nostro Paese e quasi indicatore indiretto della distanza tra ciò che offriamo e la presa in carico che sarebbe desiderata (Tab. 2).

<i>Ricorso a:</i>	
medicina alternativa	11%
paranormale	8%
altre terapie alternative	19%
<i>Giudizi delle famiglie riguardo al trattamento effettuato:</i>	
solitudine/mancanza di presa in carico	15%
mancanza di collaborazione tra professionisti	8%
no terapie efficaci	30%

Tab. 2 - Eventi e giudizi in famiglie con malati cronici severi e/o disabili (fonte: Osservatorio per la Patologia in Età Pediatrica della Regione Veneto).

Una maggiore attenzione alla presa in carico della persona, ai suoi bisogni complessivi e alla continuità di quanto offerto dai servizi attraverso piani assistenziali integrati potrebbero per lo meno diminuire il senso di solitudine ed abbandonano che troppo frequentemente accompagna le vite di queste persone.

Progetto “Insegnamento della Medicina Generale e delle Cure Primarie” nel CLM in Medicina e Chirurgia dell’Università di Modena e Reggio Emilia

Maria Angela Becchi (Modena), Gabriella Aggazzotti (Modena)

Premesse

La *Medicina Generale* è una professione, con peculiarità e compiti ben definiti¹, essenziale per fare fronte ai bisogni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della popolazione generale, sana e malata nel proprio ambiente di vita, al di fuori della struttura ospedaliera. Tale professione prevede competenze specifiche, di tipo relazionale, clinico e organizzativo che devono essere acquisite attraverso una formazione specifica non solo post-laurea, ma anche durante il corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

Cure Primarie è il termine utilizzato nel nostro paese per indicare la *Primary Health Care*, modalità di erogazione dell’assistenza ampiamente descritta dal WHO^{2,3} ed intesa come il primo livello di contatto del cittadino con il sistema sanitario, basata su servizi sanitari e sociali di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza alla persona, supportata al bisogno dai servizi ospedalieri di secondo e terzo livello. Le Cure Primarie sono un livello assistenziale, una funzione, una strategia di lavoro messa in atto da numerosi professionisti (medici di medicina generale e pediatri di famiglia, medici di tutte le branche cliniche della specialistica ambulatoriale, infermieri, operatori socio-assistenziali, terapisti, educatori...) che partecipano, con le proprie specifiche competenze, alla “presa in carico” nei servizi in rete dei sempre più numerosi pazienti anziani, con polipatologia, disabilità e problemi socio-economico-familiari. Questa è la *mission* delle Cure Primarie ed il suo raggiungimento è reso possibile solo attraverso la creazione di *team* multiprofessionali territoriali, coordinati e integrati al bisogno con i *team* dell’ospedale^{3,4}. Per rispondere ai bisogni dei molti assistiti anziani, disabili e malati i medici di medicina generale devono pertanto essere inseriti nei *team* multiprofessionali che caratterizzano le Cure Primarie, e che a loro volta richiedono un coordinamento appropriato, dinamiche gestionali complesse, ma soprattutto una specifica formazione.

La formazione nell’area della Medicina Generale e delle Cure Primarie

Numerosi studi hanno evidenziato come la formazione rappresenti un fattore determinante sia per le scelte professionali dei medici, sia per

lo sviluppo delle Cure Primarie⁵. Tenendo conto del fatto che nel nostro Paese la formazione medica pre-laurea è compito istituzionale della Università, ci sentiamo di condividere le raccomandazioni fornite da un gruppo di lavoro americano⁶ mirate a garantire agli studenti una adeguata formazione sia nell’area della Medicina Generale, sia in quella più ampia delle Cure Primarie dove la prima viene ad essere integrata. Alle Facoltà di Medicina e Chirurgia deve essere chiesto di investire risorse in termini di docenti e infrastrutture e, se necessario, realizzare “alleanze” con istituzioni esterne.

In Italia esistono da tempo precisi orientamenti accademici per la formazione nell’area delle Cure Primarie, sia nel percorso pre-laurea (Decreto MURST 28.11.2000, oggi sostituito dal Decreto MUR 16.3.2007*; Proposta Conferenza Presidenti CdL in Medicina, 2006**) che nel post-laurea (Decreto MURST 3.7.1996, poi sostituito dal Decreto MUR 1.8.2005***).

Nel percorso pre-laurea in particolare tra gli Obiettivi Formativi Qualificanti elencati nel Decreto MUR 16.3.2007 viene indicato quanto segue:

...I laureati magistrali dovranno inoltre: ...avere sviluppato e maturato un approccio fortemente integrato al paziente, valutandone criticamente non solo tutti gli aspetti clinici, ma anche dedicando una particolare attenzione agli aspetti relazionali, educativi, sociali ed etici coinvolti nella prevenzione, diagnosi e trattamento della malattia, nonché nella riabilitazione e nel recupero del più alto grado di benessere psicofisico possibile.....

... Ai fini indicati i laureati della classe

* Il Decreto 16.3.2007 individua l’Ambito Disciplinare “Medicina di Comunità” con i SSD MED/09 (Medicina interna), MED/17 (Malattie infettive), MED/34 (Medicina fisica e riabilitativa), MED/38 (Pediatria), MED/42 (Igiene generale e applicata). L’ambito si prospetta come “contenitore” di competenze universitarie di Medicina generale e Cure Primarie da identificare nei SSD indicati a cui aggiungere necessariamente altri

** La proposta prevede un “core curriculum” sotto forma di UDE, fra cui numerose (pur da ridefinire) riferibili alla Medicina generale e alle Cure Primarie.

*** Il Decreto 1.8.2005 colloca la Specializzazione in Medicina di Comunità nell’Area medica, Classe della medicina clinica generale.

dovranno avere acquisito:

...una adeguata conoscenza della medicina di famiglia e del territorio, acquisita anche mediante esperienze pratiche di formazione sul campo....

La maggior parte degli Atenei, tuttavia, a tutt'oggi non ha ancora recepito in modo organico e strutturato questi orientamenti, verosimilmente

te a causa della tradizionale *visione accademica* che privilegia una cultura medica specialistica ed ospedalocentrica, senza un vero e proprio collegamento istituzionale con la realtà dei servizi territoriali. Alcuni Atenei in collaborazione con le società scientifiche e professionali della Medicina Generale hanno attivato insegnamenti sperimentali di Medicina Generale, avvalendosi

Inizio, durata e destinatari	Il Corso è iniziato nell'a.a. 2005-06 per 20 studenti volontari iscritti al 3° anno, con piano formativo su 4 anni (dal 3° al 6° anno). Nell'a.a. 2007-2008 il Corso è rimasto sperimentale ma obbligatorio per tutti gli studenti iscritti al 3° anno
Finalità	Fornire competenze di base nell'area della medicina generale e delle cure primarie, favorendo l'acquisizione delle loro peculiarità, complessità e della loro integrazione con il livello specialistico
Obiettivi formativi	Acquisire competenze di base per una buona pratica medica nell'area della Medicina Generale e delle Cure Primarie, con riferimento a: 1. aspetti relazionali e di <i>counseling</i> ; 2. aspetti tecnico-professionali e deontologici 3. aspetti organizzativi
Modalità didattiche	Didattica frontale: seminari preferibilmente integrati (Docenti Universitari + Docenti a contratto) Didattica Interattiva: casi clinici, <i>role-playing</i> che propongono approccio multiprofessionale al problema clinico-assistenziale Didattica tutoriale: attività ambulatoriali (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Servizi territoriali di Distretto), residenziali (residenze socio-sanitarie di Distretto), domiciliari (ADP, ADI)
Modalità di verifica	Questionari aperti e chiusi, Domande su casi clinici
Docenti	Docenti Universitari dei SSD del DM 16.3.2007, integrati da docenti di altri SSD ritenuti appropriati Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta (Docenti/Tutor a contratto) Altri dirigenti di Distretto (Docenti/Tutor a contratto)
Setting formativi	Aule universitarie e di Azienda USL Strutture aziendali della rete delle cure primarie (studi medici, ambulatori, residenze, domicili dei pazienti)
Aspetti organizzativi	1. Approvazione del Corso da parte del Consiglio di Facoltà 2. Nomina del Comitato Tecnico Scientifico: Composizione: Docenti Universitari, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Dirigenti Aziendali. Compiti: programmazione, attuazione e verifica dei Programmi formativi 3. Nomina del Coordinamento Didattico: Composizione: Preside, Presidente del CdL, Responsabili aziendali dei Distretti/Dipartimenti di Cure Primarie, Coordinatori dei medici di medicina generale e dei pediatri Compiti: approvazione dei programmi formativi
Aspetti amministrativi ed economici	1. Convenzione fra Azienda USL e Università 2. Budget universitario per attivazione di contratti di docenza

Tab. 1 - Aspetti del Progetto "Insegnamento della Medicina Generale e delle Cure Primarie" nel CLM in Medicina e Chirurgia della Università di Modena e Reggio Emilia

Competenze	UDE	SSD	Competenze richieste
Relazionali	N° 40. Informare paziente e congiunti su diagnosi di patologie gravi, invalidanti, con esito infausto e sui relativi trattamenti	MED/25 (Psichiatria) PSI08 (Psicologia clinica) MED/09 (Medicina Interna) Med/38 (Pediatria) Altri SSD di area medica	Medicina generale, medicina palliativa, medicina riabilitativa e occupazionale
Tecnico-professionali	N° 2. Discutere in modo interattivo la diagnostica differenziale di casi clinici basandosi sul <i>problem solving</i>	MED/09 (Medicina Interna, MED/38 (Pedatria) Altri SSD di area medica MED/45, MED/47, MED/48 (Scienze infermieristiche) MED/34 (Medicina fisica e riabilitativa)	Medicina generale, medicina palliativa, medicina riabilitativa e occupazionale
Organizzative	N° 936. Formulare strategie complessive di gestione del paziente, disegnando percorsi razionali realistici, analiticamente definiti e temporizzati, relativamente agli aspetti preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi	MED/09 (Medicina Interna) MED/38 (Pediatria) Altri SSD di area medica MED/42 (Igiene) MED/34 (Medicina fisica e riabilitativa) MED/45 (Scienze infermieristiche)	Medicina generale Medicina di Distretto

Tab. 2 - Esempi di UDE* e relativi SSD di possibile attivazione in un Corso Integrato di Medicina generale e Cure Primarie .

di medici di famiglia con contratto di docenza, senza tuttavia esaurire i contenuti formativi dell'area, che come precedentemente indicato è multiprofessionale.

Nell'Università di Modena e Reggio Emilia da tempo sono state attuate iniziative didattiche finalizzate a completare la formazione di base degli studenti, che tradizionalmente viene impartita nel *setting* ospedaliero, con una formazione nell'area della medicina del territorio.

La prima iniziativa fu attuata nell'a.a. 1993-94 nell'ambito della disciplina accademica Medicina di Comunità. Riconoscendo l'importanza della Medicina Generale nel vasto campo della medicina del territorio, fu attuata una convenzione fra l'Università di Modena e l'Ordine dei Medici di Modena per lo svolgimento di attività didattica integrativa pratica presso gli studi dei medici di medicina generale; a questa attività si affiancavano seminari teorici da parte del docente universitario di Medicina di Comunità in collaborazione con medici di Medicina Generale.

Più recentemente, riconoscendo la necessità di sviluppare in ambito accademico le Cure Primarie

integrandole con le cure di 2° e 3° livello (delibera del Consiglio di Facoltà del 26.6.2004) è scaturito il Progetto "Le Cure Primarie nel CdL in Medicina e Chirurgia", presentato nel Convegno "La medicina universitaria nella rete dei servizi sanitari. Formazione, ricerca, assistenza" tenutosi a Modena il 24.6.2005.

Nell'ambito del Convegno, Tomasi e Becchi⁷ hanno individuato i principi fondamentali su cui impostare il percorso didattico (riconoscimento del significato di Cure Primarie, valorizzazione delle discipline accademiche attinenti alle Cure Primarie individuate nell'Allegato 46 del DM 28.11.2000, coinvolgimento di docenti e *tutors* provenienti dai servizi territoriali, compresi i medici di Medicina Generale ed i pediatri di famiglia, sviluppo longitudinale del percorso, condivisione di obiettivi formativi che prevedano anche l'integrazione fra Cure Primarie e Cure specialistiche).

Il progetto "Insegnamento della Medicina Generale e delle Cure Primarie"

Il Progetto presentato al Convegno è stato successivamente ridefinito "Insegnamento della

* Unità Didattica Elementare: proposta della Conferenza dei Presidenti del CdL in Medicina e chirurgia (2006)

Abilità	Note esplicative
Effettuare la valutazione multidimensionale dei bisogni	Lo studente deve apprendere metodi e strumenti non solo per effettuare diagnosi e cura delle malattie, ma anche per rilevare menomazioni, disabilità ed handicap che scaturiscono dalla malattia. Deve pertanto sapere rilevare la complessità sanitaria (polipatologia, severità delle malattie), assistenziale (non autonomia) e socio-familiare (contesto di vita) dei pazienti. Scopo è <i>inquadrare in modo unitario tutti i problemi dei pazienti</i>
Stendere un Piano Assistenziale Individualizzato	Lo studente deve apprendere metodi e strumenti non solo per definire obiettivi di diagnosi e cura, ma anche per definire gli interventi di aiuto alla persona (nursing, supporti tutelari...) che la malattia comporta. Deve pertanto sapere definire gli obiettivi di cura e assistenza medica, infermieristica e tutelare alla persona, le risorse attivabili, la intensità assistenziale nei servizi, tenendo sempre conto del contesto familiare e ambientale del paziente. Scopo è <i>garantire la continuità assistenziale e la presa in carico del paziente nei servizi in rete</i>
Effettuare verifiche periodiche di efficacia, efficienza, appropriatezza	Lo studente deve apprendere metodi e strumenti non solo per valutare la efficacia della terapia, ma anche per valutare l'effetto degli interventi sulla salute, sulla autonomia e qualità della vita del paziente, per controllare la appropriatezza delle risorse usate (ospedaliere, territoriali) e la qualità delle cure erogate. Deve pertanto sapere rilevare periodicamente parametri di salute multidimensionale e di appropriatezza della offerta dei servizi (ricoveri, visite ambulatoriali, domiciliari...). Scopo è <i>garantire la qualità di cura e assistenza nei servizi in rete</i>
Effettuare interventi di Educazione Sanitaria	Lo studente deve apprendere metodi e strumenti dell'educazione sanitaria individuale finalizzata alla promozione della salute, prevenzione, partecipazione individuale e familiare alle cure e all'assistenza. Scopo è <i>aumentare il livello di salute e la autonomia di cure e assistenza</i>
Redigere un documento (cartella, scheda, relazione) da cui emergano i problemi multidimensionali di salute	Lo studente deve apprendere metodi e strumenti non solo per compilare una cartella clinica, una relazione medica, una lettera di dimissione, ma anche per descrivere i problemi sanitari, assistenziali e familiari dei pazienti. Scopo è <i>garantire la trasmissione delle informazioni nei servizi in rete</i>
Lavorare in <i>équipe</i>	Lo studente deve apprendere metodi e strumenti non solo per lavorare in modo individuale (diagnosi, cura, attivazione di interventi socio-assistenziali, riabilitativi...), ma anche per erogare attività in équipe multiprofessionali (valutazione dei bisogni, stesura di piani integrati, verifica di appropriatezza dei piani). Deve pertanto sapere relazionarsi con operatori medici, infermieri e socio-assistenziali secondo il metodo del lavoro di équipe. Scopo è <i>garantire la continuità delle cure e la presa in carico globale del paziente nei servizi in rete</i>

Tab. 3 - "Nuove abilità" da inserire nel Core Curriculum del futuro laureato in Medicina e Chirurgia.

Medicina Generale e delle Cure Primarie". Nel rispetto dei principi precedentemente indicati, è scaturito un Corso Integrato che ha la *mission* di fornire competenze relazionali, tecnico-professionali e gestionali di base nell'area delle

Cure Primarie, nel cui interno si colloca la Medicina Generale, integrate al bisogno con le Cure specialistiche, prospettando una "cultura nuova", necessaria per l'inserimento lavorativo dei futuri medici nelle reti di Cure Primarie,

dove si stanno sviluppando modelli complessi di presa in carico della persone con patologie croniche e/o, disabilità e/o in fase terminale, e sono sempre più necessarie nuove organizzazioni assistenziali centrate sulla continuità delle cure e sull'assistenza nei luoghi di vita della persona e della sua famiglia.

È necessario precisare che questa "cultura nuova" pur tenendo conto della specifica identità delle varie discipline (Medicina Generale, Pediatria Generale, Medicina di Comunità, Medicina Interna, Geriatria e tutte le numerose Discipline Accademiche con contenuti affini alle Cure Primarie), richiede la integrazione di contenuti didattici e competenze dei docenti per arrivare a sviluppare quella integrazione multi-professionale e interdisciplinare che tutte le attuali normative auspicano, ma che ancora fatica a decollare. Nella Tab. 1 sono presentati gli aspetti principali del Corso integrato.

Un ruolo indispensabile per l'attuazione del Corso è ricoperto dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS): lo sforzo principale di tale organo è quello di "concertare" la visione della didattica, nell'intento di passare da una didattica ancora settoriale ad una nuova e necessaria didattica integrata. Ciò richiede "cambiamenti di pensiero" sia in ambito universitario che nell'ambito della medicina territoriale. Alle discipline cliniche universitarie, oggi ospedaliere e specialistiche, è chiesto di ricercare al proprio interno contenuti didattici appropriati per la integrazione con i contenuti didattici della Medicina Generale e delle Cure Primarie. Ai professionisti che operano sul territorio, ai quali viene affidato il ruolo di "formatori di abilità" è chiesto di confrontare e concordare la propria metodologia didattica, sviluppata (per necessità!!!) al di fuori della Università, con la metodologia accademica, per fornire agli studenti un apprendimento omogeneo e competente.

La strategia della integrazione che si sta sperimentando per ora nell'ambito della didattica frontale è quella dei "seminari integrati" aventi per oggetto temi di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, assistenza tutelare, organizzazione in rete dei servizi. In questi seminari Docenti universitari e Docenti esterni concorrono a presentare Casi clinici che richiedono un approccio clinico-assistenziale integrato (medico/pediatra di medicina generale-medico specialista), oppure un approccio organizzativo integrato (ospedale-distretto), per garantire continuità delle cure e presa in carico globale nella rete dei

servizi. I seminari integrati hanno una duplice finalità: da un lato intendono presentare agli studenti un problema sanitario o socio-sanitario attraverso il molteplici punto di vista dei professionisti delle cure primarie e di quelli delle cure specialistiche; da un altro lato stabiliscono un "contatto didattico" fra i professionisti dei due livelli assistenziali (territorio ed ospedale), quale premessa per un miglioramento del "contatto professionale".

Un'altra strategia di base per avvicinare alla didattica integrata docenti universitari e professionisti esterni è rappresentata dalle "Unità Didattiche Elementari (UDE)" proposte nel 2006 dalla Conferenza dei Presidenti dei CdL. Al fine di conferire competenze relazionali, tecnico-professionali, gestionali, possono essere concordati seminari, eventi interattivi su casi clinici sfruttando il contributo di docenti afferenti ai numerosi SSD universitari e di saperi non necessariamente, o non esclusivamente, accademici.

Nella Tab. 2 sono riportati alcuni esempi di UDE di possibile attivazione in un Corso Integrato di Medicina Generale e Cure Primarie.

La Tab. 3 riporta infine le "nuove abilità" da inserire nel *Core Curriculum* del futuro laureato in Medicina e Chirurgia, oggi necessarie per garantire continuità delle cure nella rete delle Cure Primarie integrate con le Cure Specialistiche.

Bibliografia

- 1) The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe 2005. www.woncaeurope.org/Definition%20GP-FM.htm
- 2) WHO. Primary Health Care. Geneva: WHO,1978 (Health for All Series, n° 1)
- 3) WHO. Targets for health for all. The health policy for Europe. WHO Regional Office for Europe Copenhagen,1991
- 4) Atun R. WHO Europe 2004. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/primaryvvspecialist/20040115_12
- 5) De Maeseneer J, Willems s, De Sutter A et al. Primary health care as a strategy for achieving equitable care. www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf
- 5) Inui T, Williams WT, Goode L et al. Sustaining the development of primary care in academic medicine. *Acad Med* 1998;73:245-257
- 6) Becchi MA, Tomasi A. Le cure primarie nel CdL in Medicina e Chirurgia della Università di Modena e Reggio Emilia. *Tendenze Nuove* 2006, 2:195-199

L'insegnamento dell'inglese medico nel CLM in Medicina e Chirurgia

Gilda Caruso (Bari), Carmine Panella (Foggia), Huon Snelgrove (Roma - La Sapienza)

Premessa

Il Gruppo Area Linguistica, su proposta della Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, ha preparato un questionario volto a valutare le modalità con cui l'insegnamento dell'Inglese medico è effettuato nelle varie Sedi universitarie. Lo studio attuale segue una precedente esperienza della Conferenza del Gruppo di Lavoro coordinato dal Prof. P. Gallo e comprendente G. Familiari, A. Gaddi, A. Amati, A. Bono, A. Calatroni, A. Columbano, G. Delitala, E. Vasquez. Lo scopo era allora di proporre un *Programma quinquennale di Inglese* che venne successivamente pubblicato su *Medicina e Chirurgia* (17, 616 - 619, 2002).

A distanza di anni è stato ritenuto opportuno ritornare sull'argomento per valutare quanto è stato di fatto applicato della proposta iniziale. I punti principali qualificanti dello studio attuale riguardano principalmente: test di conoscenza di lingua inglese all'ingresso, valutazione di un *range* minimo-massimo di CFU da destinare all'insegnamento dell'inglese scientifico, distribuzione negli anni di corso, metodologia di apprendimento attraverso moduli didattici, metodologia di valutazione attraverso un esame e/o un *portfolio* studentesco, come già riportato nella premessa.

Il questionario conteneva una serie di domande che vengono di seguito qui riassunte:

1. Quanti CFU sono destinati al Corso di Inglese nella tua Sede?
2. Sulla base dell'esperienza di questi anni di applicazione del Nuovo Ordinamento Didattico ritieni che il numero di CFU per l'inglese della tua sede sia: insufficiente, sufficiente, eccessivo?
3. Come è strutturato il tuo Corso di inglese per anno di corso e per CFU?
4. Com'è strutturato il tuo Corso di inglese rispetto agli altri Corsi integrati?: E' un Corso a sé stante o fa parte del corso integrato di ...?
5. Esiste una qualche forma di collaborazione nello svolgimento del Corso tra il docente di inglese ed i docenti clinici di altre materie? Se sì, descrivi in cosa consiste. Questa collaborazione comporta contributi alla valutazione dello studente da parte di docenti di altre materie (clinici, statistici ecc)?
6. Esiste nel tuo Ateneo un Centro linguistico?

7. Se sì, esiste una qualche forma di collaborazione nello svolgimento del Corso tra il docente di inglese ed il Centro Linguistico di Ateneo?

8. Esiste nella tua Facoltà un Centro linguistico?

9. Nella tua sede sono presenti docenti di inglese? Se sì sono: a contratto o di ruolo?

10. Nella tua sede sono presenti Lettori di inglese? Se sì quanti Lettori?: uno, due, più di due.

11. Nella tua sede viene eseguito un test all'inizio del corso di inglese per la valutazione del livello di conoscenza dell'inglese da parte degli studenti?

12. Se sì, come vengono graduati i livelli di conoscenza?

13. Quali livelli dovrebbero raggiungere gli studenti al termine del corso nelle seguenti abilità: *reading comprehension, listening comprehension, writing skills, speaking skills* in inglese generale e inglese medico.

14. Quale tipologia di organizzazione didattica ha nella tua sede l'insegnamento dell'inglese: Lezioni plenarie frontali, Lezioni a piccoli gruppi, Lezioni su una piattaforma *E-learning*, Autoapprendimento (in biblioteca, centro *self-access*), altro.

15. Quali mezzi didattici sono utilizzati nella tua sede per l'insegnamento dell'inglese?: Lavagna luminosa, diapositive, TV con lettore VHS o DVD, videoproiettore, computer individuale, altro.

16. In quale anno è previsto l' Esame finale del Corso di inglese?

17. Che tipo di valutazione è prevista?: Idoneità, Voto in trentesimi, altro ...

18. In quale periodo ha luogo la valutazione dello studente?: Nel corso del semestre, a fine semestre, altro .

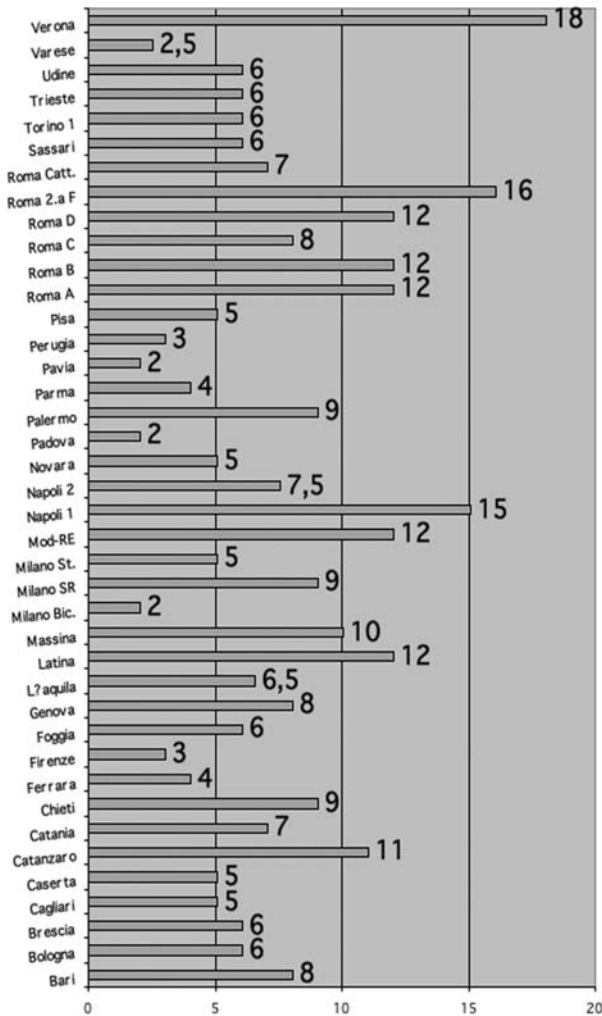
19. Quali metodi di valutazione sono usati nella tua sede per il corso di inglese?: Quiz a scelta multipla, Esame scritto a risposta breve aperta, Esame orale, *Portfolio* individuale, Altro.

Risultati e commento

Hanno risposto 41 Sedi su 47, consentendo quindi una valutazione molto vicina alla realtà nazionale.

Alla prima domanda (Quanti CFU sono destinati al Corso di Inglese nella tua Sede?) le risposte mostrano dati molto variabili, con numero di

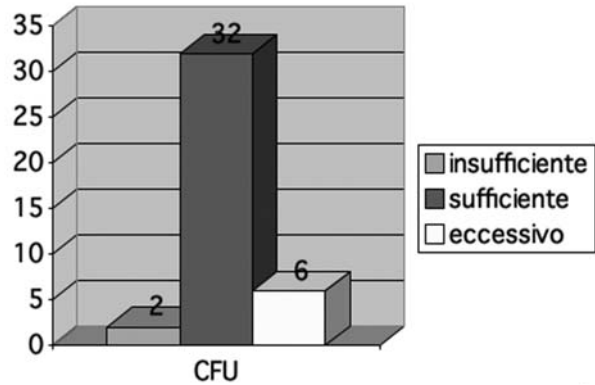
CFU da 2 a 18 (media 7,3). La distribuzione per sede è riportata in Tab.1.



Tab. 1 - Distribuzione dei CFU in 41 Sedi nazionali.
 2 SEDI - Insufficiente: da 2 e da 9 CFU
 32 SEDI - Sufficiente: da 2 a 12
 6 SEDI - Eccessivo da 6,8,11,15,16,18

La domanda 2 (Sulla base dell'esperienza di questi anni di applicazione del Nuovo Ordinamento Didattico ritieni che il numero di CFU per l'inglese della tua sede sia: insufficiente, sufficiente, eccessivo?) ha dato i seguenti risultati: per la maggior parte delle Sedi, 32 su 41, i CFU sono risultati sufficienti, per 2 Sedi insufficienti, per 6 eccessivi. E' interessante notare che i CFU delle Sedi in cui il dato è stato ritenuto adeguato variano da 2 a 12, le due Sedi dove vi era stata una valutazione di insufficienza hanno valori di 2 e 9 CFU, mentre per le Sedi dove il numero di CFU è stato ritenuto eccessivo mostrano anch'essi notevole variabilità

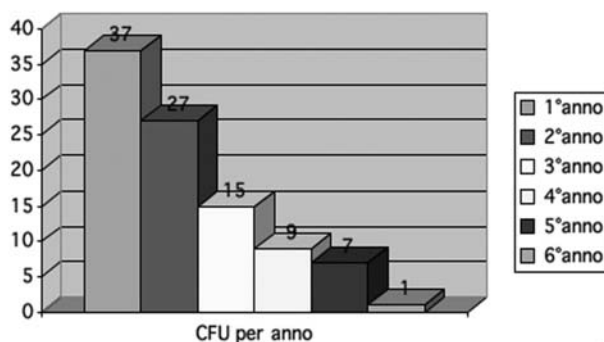
essendo rispettivamente di 6, 8, 11, 15, 16 e 18. (Tab. 2).



Tab. 2 - Giudizio delle Sedi sulla sufficienza dei propri CFU per il Corso.

Ne risulta pertanto non solo una notevole disomogeneità di numero di CFU in campo nazionale, ma anche una differente valutazione del dato, per cui ad esempio il valore più basso di 2 CFU è stato ritenuto da alcuni insufficiente per la propria Sede, per altri invece era sufficiente. Il valore massimo di 18 CFU è stato ritenuto dalla unica Sede che lo ha adottato come eccessivo e questo è ben comprensibile, distaccandosi di più del doppio dalla media nazionale, mentre per i valori medi di CFU la valutazione di merito è stata praticamente individuale, mostrando molte variazioni. Nella prossima revisione degli Ordinamenti didattici si potrebbe proporre di avere maggiore omogeneità del dato relativo al n° di CFU, proponendo, ad esempio, di attestarsi su valori che non vadano al di sotto o al di sopra della media nazionale di più o meno due (da 5 a 9), per evitare l'attuale differenza che sembra effettivamente eccessiva.

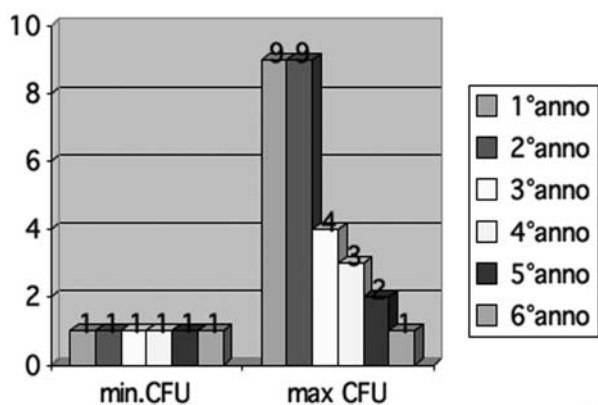
La terza domanda era questa: Come è strutturato il tuo Corso di inglese per anno di corso e per CFU? Evidentemente, in rapporto ai risultati sopra riportati, anche in questo caso i dati sono molto diversi da Sede e Sede e devono perciò essere brevemente commentati: la distribuzione verticale del Corso è dal 1° (37 Sedi su 41) al 6° anno (1 Sede). I dati analitici sono riportati in Tab. 3. Un'analisi più approfondita permette di evidenziare che la maggior parte delle Sedi suddivide il Corso in più anni, mentre in ben 11 Sedi il Corso è tenuto solo al 1° anno e in 2 solo nel 2°, affidando perciò allo studio dell'inglese medico uno scopo propedeutico allo studio delle materie caratterizzanti, piuttosto che di una sorta di *fil rouge* che avrebbe dovuto esse-



Tab. 3 - Distribuzione dell'inglese per anno di corso nelle 41 Sedi.

N.B. 11 sedi hanno il corso solo nel 1° anno
2 sedi hanno il corso solo nel 2° anno

re presente nella gran parte degli anni di Corso, come previsto dal precedente studio. Un altro elemento che si può ricavare dalle risposte alla terza domanda è sul n° di CFU minimo e massimo previsto per il Corso di Inglese medico nella varie Sedi: ebbene questo è risultato variabile da un minimo di 1 sino ad un massimo di 9 CFU nello stesso anno di corso, come si può evincere dalla Tab. 4, risultandone ancora una volta una notevole variabilità.



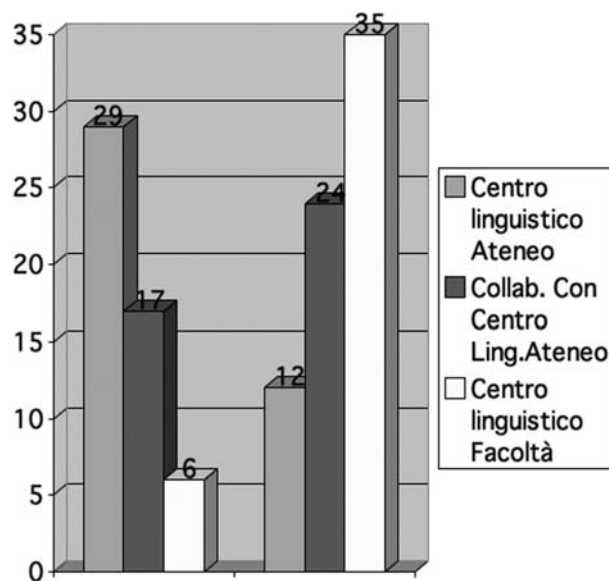
Tab. 4 - N° minimo e massimo di CFU nelle 41 Sedi per anno di corso

La quarta domanda si riferisce alla modalità di svolgimento del Corso cioè se fosse autonomo o meno (Com'è strutturato il tuo Corso di inglese rispetto agli altri Corsi integrati?: E' un Corso a sé stante o fa parte del corso integrato di ...?). In questo caso il dato che si ricava dalle risposte è molto omogeneo, in quanto 40 Sedi su 41 hanno un Corso autonomo (di cui una ha sia il Corso autonomo che la disciplina inserita in un Corso integrato di Metodologia e Patologia), mentre una sola Sede inserisce l'Inglese medico nel Corso di Metodologia.

La quinta domanda indagava sulla integrazione

ne fra Inglese e altre discipline (Esiste una qualche forma di collaborazione nello svolgimento del Corso tra il docente di inglese ed i docenti clinici di altre materie? Se sì, descrivi in cosa consiste: ... Questa collaborazione comporta contributi alla valutazione dello studente da parte di docenti di altre materie (clinici, statistici ecc?). Le risposte segnano solo in 9 casi la presenza di una qualche forma di collaborazione nello svolgimento del Corso del tipo, ad esempio: I docenti clinici suggeriscono argomenti da trattare in aula e partecipano alle sedute nelle quali gli studenti espongono l'argomento clinico in lingua inglese con l'ausilio di mezzi audio-visivi. Solo in 2 Sedi poi tale collaborazione si estende anche alla valutazione finale di profitto del Corso di inglese.

Le domande 6, 7 e 8 erano volte a conoscere l'eventuale presenza e collaborazione con Centri linguistici di Ateneo e/o di Facoltà: le risposte sono tali da poter essere commentate insieme. Il Centro linguistico di Ateneo è presente in 29 Sedi su 41 ed in 17 di queste vi è collaborazione nello svolgimento del Corso. Il Centro linguistico di Facoltà è invece appannaggio di solo 6 Sedi, mentre ben 10 Sedi non hanno né il Centro linguistico di Ateneo né di Facoltà, il che certamente è una limitazione importante nello svolgimento del Corso (Tab. 5)

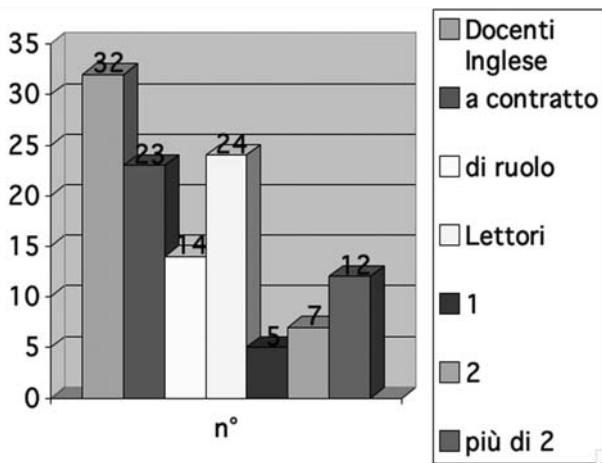


Tab. 5 - Distribuzione dei Centri linguistici di Ateneo e di Facoltà.

N.B.: 10 Sedi senza Centro linguistico di Ateneo o di Facoltà.

Le domande successive, 9 e 10 (Nella tua sede sono presenti docenti di inglese? Se sì sono: a

contratto o di ruolo? Nella tua sede sono presenti Lettori di inglese? Se sì quanti Lettori?: uno, due, più di due) approfondivano le dotazioni dei Corsi di laurea, in questo caso dell'organico in termini di docenti e/o Lettori. I risultati danno tutto sommato una buona situazione nazionale: 32 Sedi su 41 hanno almeno un docente del SSD specifico per l'inglese, di cui 23 con contratto annuale e 14 di ruolo. I Lettori sono presenti in 24 Sedi, con numerosità di 1 in 5 casi, di 2 in 7 casi, mentre in ben 12 casi i Lettori sono più di due. In particolare poi in 24 Sedi vi sono sia docenti che Lettori. Per contro, a questi dati certamente positivi si contrappone l'assenza sia del docente di inglese che di almeno un Lettore in 5 Sedi (Tab. 6).



Tab. 6 - Distribuzione dei docenti di Inglese e di Lettori per Sede.

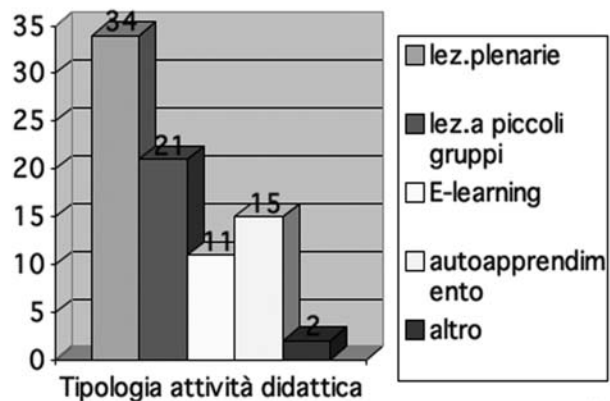
N.B. 21 Sedi hanno sia docente/i che lettore/i
5 Sedi non hanno nè docenti nè lettori

Le domande che seguono si proponevano l'obiettivo di conoscere le modalità pratiche di effettuazione del Corso di Inglese medico. Le domande 11 e 12 (Nella tua sede viene eseguito un test all'inizio del corso di inglese per la valutazione del livello di conoscenza dell'inglese da parte degli studenti? Se sì come vengono graduati i livelli di conoscenza?) hanno dato i seguenti risultati: 32 Sedi effettuano un test iniziale per la valutazione del livello di conoscenza dell'inglese, e 31 di queste hanno gradi differenti di valutazione, mentre una sola Sede valuta solo se vi è o no l'idoneità. I sistemi di valutazione in gradi sono in realtà piuttosto differenti nelle varie Sedi, in quanto solo 14 Sedi applicano il sistema di Oxford (A1, B1 ecc).

La domanda 13 (Quali livelli dovrebbero raggiungere gli studenti al termine del Corso nelle seguenti abilità: reading comprehension, liste-

ning comprehension, writing skills, speaking skills in inglese generale e inglese medico) intendeva valutare le modalità di valutazione finale sia nell'inglese generale che quello medico, dando come risultati che 30 Sedi hanno un tipo di gradazione, ma solo 6 Sedi hanno una valutazione in 3 gradi dell'inglese generale e 4 dell'inglese medico. Pertanto non è poi così tanto diffusa una valutazione del Corso con metodologie internazionalmente adottate e che sia soprattutto confrontabile con altre Sedi.

La domanda 14 (Quale tipologia di organizzazione didattica ha nella tua sede l'insegnamento dell'inglese: Lezioni plenarie frontali, Lezioni a piccoli gruppi, Lezioni su una piattaforma E-learning, Autoapprendimento, altro ...) sulla tipologia di insegnamento, ha dato i seguenti risultati: le lezioni frontali sono effettuate in 34 Sedi, in 21 le lezioni sono a piccoli gruppi, in 11 la modalità è di tipo E-learning, in 15 l'insegnamento è di autoapprendimento ed infine in 2 Sedi la modalità è diversa (preparazione di un portfolio e discussione di casi clinici). Solo in 10 casi vi è una sola modalità di insegnamento, essendo per lo più combinati vari metodi, ma in 8 casi si tratta delle sole lezioni frontali plenarie (Tab. 7).

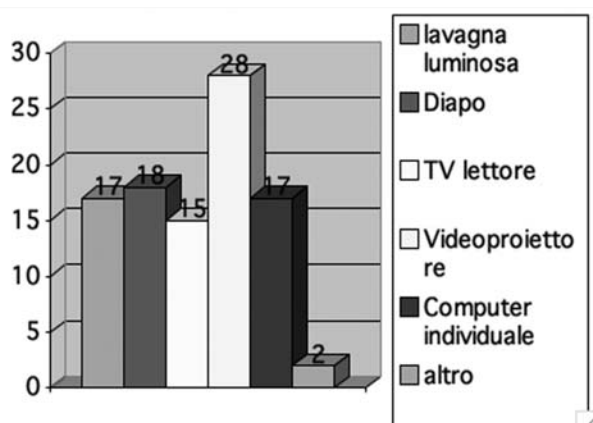


Tab. 7 - Tipologia attività didattica.

N.B.: in 10 Sedi 1 sola tipologia (di cui 8 solo lezioni plenarie).

La domanda 15 si riferiva agli strumenti didattici (Quali mezzi didattici sono utilizzati nella tua sede per l'insegnamento dell'inglese?: Lavagna luminosa, diapositive, TV con lettore VHS o DVD, videoproiettore, computer individuale, altro) e ha dato i risultati seguenti: Lavagna luminosa utilizzata in 17 Sedi, diapositive in 18, TV con lettore VHS o DVD in 15, videoproiettore in 28, computer individuale in 17, altro in 2 (registratore, dispense). Solo 4

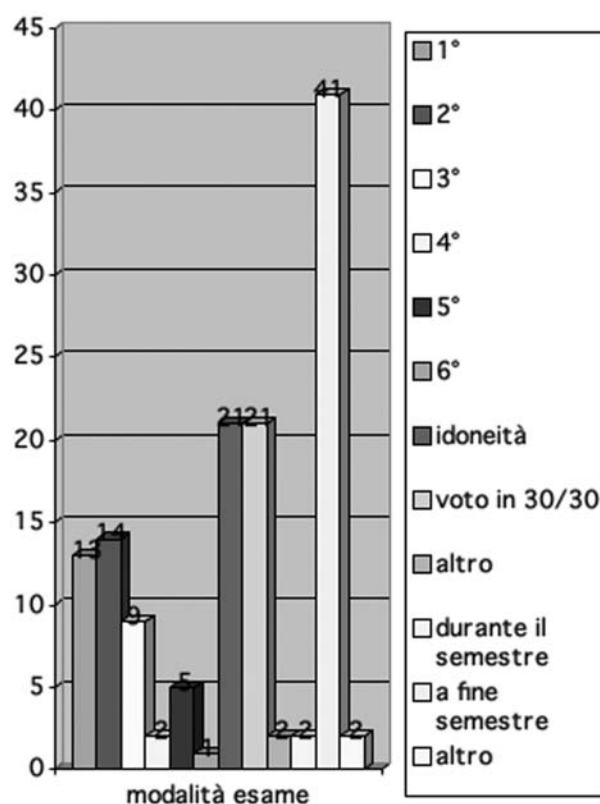
Sedi adottano un solo metodo, mentre in quasi tutte si utilizzano strumenti diversi, dando un quadro abbastanza confortante delle dotazioni tecniche dei nostri Corsi (Tab. 8).



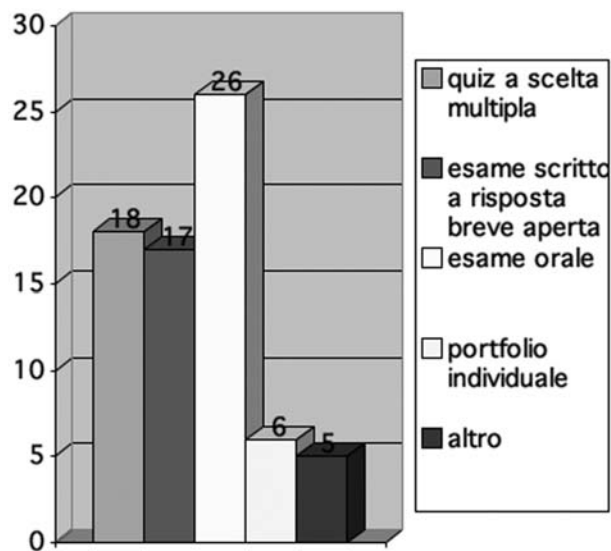
Tab. 8 - Strumenti didattici.

Le domande 16, 17 e 18 erano volte a conoscere quanto segue: In quale anno è previsto l'Esame finale del Corso di inglese? Che tipo di valutazione è prevista?: Idoneità, Voto in trentesimi, altro. In quale periodo ha luogo la valutazione dello studente?: Nel corso del semestre, a fine semestre, altro. I risultati relativamente alla distribuzione negli anni dell'esame finale ha dato risultati molto variabili nelle varie Sedi (13 al 1° anno, 14 al 2° anno, 3 al 3° anno, 2 al 4° anno, 5 al 5° anno e 1 al 6° anno) e ciò non deve sorprendere in considerazione della differente distribuzione verticale dello svolgimento del Corso, come riportato prima. In 21 Sedi la valutazione dà luogo ad idoneità e in altre 21 al voto in trentesimi (in una Sede entrambe le valutazioni sono adottate, essendoci sia il Corso integrato che quello autonomo); infine in 2 casi viene adottato un'altra valutazione (giudizio) Tale esame viene in tutti i casi effettuato a fine semestre (41 su 41) ma in 2 Sedi anche nel Corso del semestre e in 2 Sedi anche con altra modalità (periodo scelto dallo studente) (Tab. 9).

L'ultima domanda, la 19, si riferiva alla modalità di svolgimento dell'esame finale (Quali metodi di valutazione sono usati nella tua sede per il corso di inglese?: Quiz a scelta multipla, Esame scritto a risposta breve aperta, Esame orale, Portfolio individuale, Altro). I risultati sono: 18 Sedi fanno i quiz a risposta a scelta multipla, 17 un esame scritto a risposta breve aperta, 26 l'esame orale, 6 il portfolio individuale, 5 altro (ad esempio presentazione orale di una tesina). In 11 Sedi l'esame è svolto con un'unica modalità e 8 di queste istanze vi è il solo esame orale (Tab. 10).



Tab. 9 - Anno della prova finale del Corso e modalità.



Tab. 10 - Tipologia dell'esame finale.

Conclusioni

Il questionario del 2002 giungeva alle conclusioni che le conoscenze preliminari degli studenti erano in un 10% dei casi insufficienti ad affrontare lo studio dell'inglese medico, per cui veniva proposto di introdurre l'inglese tra i

“saperi minimi” e quindi eventualmente prevedere una modifica dell'esame di ammissione a Medicina che comprendesse appunto la conoscenza delle “basi” di inglese.

Un'altra conclusione dello studio precedente era che i mezzi didattici erano in genere insufficienti, per cui era necessario un adeguamento tecnologico. Infine si concludeva che i Corsi nelle varie Sedi mostravano varia articolazione, in termini di durata e di suddivisione dei moduli.

Il confronto tra lo studio precedente e quello attuale consente di concludere che, sebbene vi sia stato un notevole adeguamento delle strutture didattiche, resta ancora evidente una ampia variazione nell'articolazione dei Corsi.

La proposta che scaturisce da questo studio è di tendere ad uniformare nelle varie Sedi, allorché prossimamente bisognerà rivedere gli ordinamenti didattici:

- 1) il test iniziale di conoscenza dell'inglese generale
- 2) i valori di CFU relativi al Corso con un *range* massimo-minimo attorno ad un valore medio stabilito (attualmente la media è di 7.3 CFU)
- 3) la verticalizzazione negli anni di Corso
- 4) la metodologia di apprendimento attraverso moduli didattici concordati
- 5) la metodologia di valutazione finale, attraverso l'esame e/o il portfolio.



Aggiornamento sul progetto 2007-2008 di auto-valutazione dei CLM: al via le *site visit*

Sabrina Luccarini, Carlo Della Rocca, Andrea Lenzi (Roma, La Sapienza)

Sul n. 40/41 dei Quaderni della Conferenza¹ sono stati illustrati gli obiettivi del progetto di auto-valutazione dei CLM in Medicina e Chirurgia, ricordando come, sin dalla prima edizione delle *site visit* (a.a. 2005-2006), la Conferenza si è impegnata ad intraprendere un "percorso di qualità" per poter giungere ad un definitivo sistema di accreditamento dei Corsi riconosciuto a livello nazionale. A questo secondo progetto di *site visit* hanno preso parte anche ricercatori esperti in valutazione della formazione della Libera Università Internazionale degli Studi Sociali Guido Carli (Luiss) Roberto Dandi e Claudio Rossetti. Ricordiamo inoltre che per l'edizione *site visit* 2007-2008, sono stati utilizzati anche gli *Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area*² adottati dai Ministri dell'Educazione europei alla Conferenza di Bergen del maggio 2005.

Com'è noto, la prima fase del progetto *site visit* riguardava la compilazione dei questionari di auto-valutazione da parte dei 47 CLM attualmente presenti in Italia, e di cui nel precedente articolo dei Quaderni della Conferenza, sono stati presentati i primi risultati relativamente ai 10 punti in cui era suddiviso il questionario: Obiettivi e mission del CLM; Assicurazione della qualità; Approvazione, monitoraggio e revisione periodica di corsi; Risorse didattiche e sostegno agli studenti: requisiti didattico/strutturali e requisiti didattico/clinici riguardanti le strutture cliniche, le strutture diagnostiche cliniche, le strutture di ricerca di base e clinica; Insegnamento ed apprendimento; Mobilità internazionale degli studenti; Verifica del profitto degli studenti; Valutazione interna al CLM; Rapporti con l'esterno; Considerazioni finali con richiesta di giudizio da parte del Presidente del CLM.

Durante l'89° Conferenza dei Presidenti di CLM, tenutasi a Roma il 10 marzo 2008, oltre alla presentazione dei primi risultati dei questionari di auto-valutazione, sono state presentate le date delle *site visit* che verranno effettuate dalle Commissioni e che riportiamo nella Tab. 1.

Lo svolgimento di visite di valutazione, effettuate dalle Commissioni costituite ognuna da due Presidenti in carica e da un Past President,

presso i 47 CLM in MeC, hanno lo scopo di validare i dati dei questionari e di raccogliere ulteriori informazioni di contesto. Il Coordinatore di ogni Commissione ha avuto il compito di organizzare le date delle *site visit* facendo da raccordo fra le esigenze della Commissione e quelle dei Presidenti delle sedi da visitare.

Il compito delle Commissioni è quello di verificare la correttezza del questionario, visto che, da una prima analisi, sono stati riscontrati dei meri errori di compilazione, che però, specie per le variabili numeriche, possono inficiare l'elaborazione dei dati in modo grossolano. Il progetto *site visit* inoltre prevede che la Commissione effettui un colloquio con il Presidente, con la CTP (o organismo equivalente), con la rappresentanza degli Studenti e con quella del Personale Tecnico-Amministrativo dedicato al CLM (o utilizzato dal CLM) nonché una visita alle strutture (aule, sale studio, biblioteche, ecc.) e, ove possibile, un colloquio con l'intero Consiglio di CLM, con presentazione dell'iniziativa e delle altre attività della Conferenza.

È stato previsto, inoltre, che al termine della *site visit* la Commissione:

restituirà alla Presidenza della Conferenza il questionario corretto e firmato dai componenti della Commissione e dal Presidente della sede;

produrrà una relazione da inviare, in via riservata, alla Presidenza della Conferenza contenente un rapporto ed un giudizio sintetico derivante dalle attività di verifica del questionario pre compilato, del colloquio e della visita alle strutture, comprendente anche un elenco dei punti di eccellenza e delle criticità riscontrate;

predisporrà un'eventuale relazione aggiuntiva, da inviare in via riservata al Presidente della sede visitata con i suggerimenti ritenuti opportuni e/o una nota con una valutazione di quanto riscontrato, che il Presidente della sede potrà, se lo desidera, fare distribuire ai membri del proprio Consiglio di CLM.

Nuovi aggiornamenti saranno presentati durante la prossima Conferenza dei Presidenti di CLM, che si svolgerà a Verona nei giorni 13 e 14 giugno 2008; infatti, a quella data, oltre la metà delle Commissioni avranno completato le *site visit*.

CLM	Date site visit	Commissioni
Milano Bicocca	13 marzo	Vantini (Coord.), Casacchia, Lechi (P-P)
Milano Statale	14 marzo	
Milano San Raffaele	14 marzo	
Verona	26 marzo	Apostoli (Coord.), Casacchia, Sitia (P-P)
Padova	27 marzo	
L'Aquila	tra il 14 ed il 17 aprile	Familiari (Coord.), Rossolini, Azzena (P-P)
Brescia	aprile	Caruso (Coord.), Tenore, Vasquez (P-P)
Pavia		
Varese		
Campobasso	14 maggio	Lenzi (Coord.), Panella, Capani (P-P)
Roma Cattolica Sacro Cuore	15 maggio	Izzo (Coord.), Carducci, Delrio (P-P)
Roma Sapienza CLM "E" Latina	15 maggio	
Roma Campus bio-medico	16 maggio	Valanzano (Coord.), Zucchi, Gaddi (P-P)
Roma Tor Vergata	16 maggio	
Novara	15 maggio	Valanzano (Coord.), Zucchi, Sitia (P-P)
Torino 1	15 maggio	
Torino 2	16 maggio	Della Rocca (Coord.), Familiari, Danieli (P-P)
Genova	16 maggio	
Catania	19 maggio	Torre G. (Coord.), Corbellini, Borgia (P-P)
Messina	19 maggio	
Palermo	20 maggio	Gaudio (Coord.), Rossolini, Azzena (P-P)
Bari	maggio	
Foggia		2 giorni tra fine maggio e inizio giugno
Catanzaro		
Chieti	2 giorni consecutivi tra fine maggio e inizio giugno	Lenzi (Coord.), Marconi, Capani (P-P)
Perugia		
Napoli Federico II	4 giugno	Della Rocca (Coord.), De Marchi, Danieli (P-P)
Napoli 2		
Napoli 2 sede di Salerno	9 giugno	Aggazzotti (Coord.), Marconi, Delrio (P-P)
Napoli 2 sede di Caserta	10 giugno	
Ancona	16	Marconi (Coord.), Modesti, Saglio (P-P)
Cagliari	/	
Sassari	17	Gallo (Coord.), De Caro, Casti (P-P)
Roma Sapienza CLM"A"	giugno	
Roma Sapienza CLM"B"	7	Lenzi (Coord.), Farzati, Mugelli (P-P)
Roma Sapienza CLM"C"	/	
Roma Sapienza CLM"D"	8 luglio	Gallo (Coord.), De Caro, Casti (P-P)
Roma Sant'Andrea	10 settembre	
Firenze	11 settembre	Lenzi (Coord.), Farzati, Mugelli (P-P)
Pisa	16 Settembre	
Siena	16 Settembre	Lenzi (Coord.), Farzati, Mugelli (P-P)
Udine	17 Settembre	
Trieste	17 Settembre	
Bologna	17 Settembre	
Parma	17 Settembre	
Modena	17 Settembre	
Ferrara	17 Settembre	

Tab. 1 - Commissioni e date delle on site visit.

Riferimenti

1) Lenzi, A., Luccarini, S., Dandi, R., Rossetti, C., (2008). Il secondo programma di auto-valutazione dei CLM 2007-2008: il progetto, il questionario e le prime riflessioni, *Med Chir*, 40/41:1732-1736.

2) ENQA (2005). Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area. *European Association for Quality Assurance in Higher Education*, Helsinki. Scaricato il 15/02/07 febbraio 2007 da: <http://www.enqa.eu/files/ENQA%20Bergen%20Report.pdf>

Dalle competenze-esito al piano di studi del CL in Infermieristica

Una proposta orientata ai *learning outcomes*

Alvisa Palese (Udine)¹, Adriana Dalponte (Milano)² e il gruppo di lavoro *Revisione del piano degli Studi dei Corsi di laurea in Infermieristica* composto da Paola Bernardi (Treviso), Assunta Biasi (Verona), Anna Brugnolli (Trento), Emma Carli (Brescia), Luigi Cirio (Torino), Laura Cunico (Verona), Annamaria De Rossi (Torino), Anne Destrebecq (Milano), Paola Ferri (Modena-Reggio Emilia), Ida Ginosa (Torino), Maura Lusignani (Milano), Duilio Manara (Milano), Oliva Marognolli (Verona), Daniela Mecugni (Modena-Reggio Emilia), Ginetto Menarello (Torino), Rosalia Milan (Padova), Paolo Motta (Brescia), Lina Poddighe (Roma), Luisa Rasero (Firenze), Luisa Saiani (Verona), Brigitte Sampfl (Bolzano), Marco Tomietto (Udine), Graziella Valoppi (Udine)

La sintesi di un percorso

La proposta di piano degli studi presentata in questo articolo è frutto di un ampio lavoro di consenso che ha impegnato la Commissione Nazionale dei Corsi di Laurea in Infermieristica attraverso il gruppo tecnico attivato a tale scopo ed i cui lavori sono stati sintetizzati su questi Quaderni, 2007 (39): 1628-1644.

Obiettivi del gruppo di lavoro erano quelli di
a) realizzare un consenso preliminare sugli esiti attesi dalla formazione infermieristica universitaria, come peraltro suggerito dalle Linee Guida per la progettazione dei nuovi ordinamenti didattici dei corsi di laurea e di laurea magistrale elaborate dal Ministero dell'Università e della Ricerca il 26 luglio 2007 e dai Descrittori di Dublino;
b) elaborare, sulla base di tali esiti, una proposta di piano degli studi in infermieristica,
c) offrire indicazioni per la appropriata selezione delle attività formative professionalizzanti
d) costruire una prima base per l'esame di abilitazione finale che potrebbe, in futuro, avere carattere nazionale (1).

A partire dalla consultazione di documenti elaborati sulle attività professionalizzanti da parte di alcuni Atenei e da organismi professionali nazionali ed internazionali, il gruppo ha elaborato una prima lista di competenze professionali, tecniche e meta-competenze sulle quali è stato ricercato un consenso coinvolgendo operatori impegnati nella formazione, nella direzione e gestione dei servizi infermieristici e nella pratica clinica. Una volta concluso il processo, sono state selezionate solo le competenze che hanno ottenuto un ampio consenso: tali competenze sono state organizzate in domini, sulla base del criterio di affinità. Ciascun dominio è stato quindi strutturato in un Corso Integrato del piano degli studi; per ciascun Corso Integrato sono state ipotizzate le discipline che potrebbero contribuire al raggiungi-

mento delle competenze-esito incluse. La proposta riportata nelle pagine successive è aperta alla discussione ed ai contributi.

La proposta

Il Corso di Laurea in Infermieristica assicura, attraverso le attività didattiche d'aula e professionalizzanti, il raggiungimento di un set di competenze-esito aggregate in quattro domini specifici e cinque trasversali. Le declaratorie di ciascun dominio costituiscono le finalità dei corsi integrati (C.I.); ciascun dominio include, inoltre, l'elenco delle competenze-esito (2) attraverso cui potranno essere selezionati i contenuti *core* dei corsi ed orientate le attività formative professionalizzanti. Tale elenco comprende, inoltre, anche un set di tecniche che richiedono un apprendimento gestuale e l'utilizzo di capacità intellettuali complesse (giudizio clinico; abilità manuali; sorveglianza del paziente, decisione sulla frequenza, appropriatezza ed altro): per questa ragione, costituisce una linea guida per aiutare i professionisti coinvolti nella formazione dello studente, a predisporre gli eventi formativi (laboratori) e le successive valutazioni. L'elenco è stato distinto in competenze 'critiche' e 'non critiche' sulla base del criterio di 'rischio' per pazienti, studente/i, e contesto; per le competenze 'critiche', sono state raccomandate attività di laboratorio precliniche e rigorosi sistemi di certificazione delle *performance*².

Le finalità dei corsi integrati

1. DOMINI SPECIFICI

PROMOZIONE E MANTENIMENTO DELLA SALUTE

L'infermiere neolaureato partecipa alla definizione di progetti di promozione della salute diretti agli utenti, alla famiglia ed alla collettività; attiva strategie di prevenzione e/o di riconoscimento precoce dei problemi e le strategie per mantenere livelli ottimali di salute.

SICUREZZA ED EFFICACIA DELLA PRESA IN CARICO

L'infermiere neolaureato garantisce *setting* assistenziali sicuri ed efficaci per pazienti, familiari,

¹ Coordinatore del Gruppo, Vice-Presidente della Società Italiana di Pedagogia Medica, Università degli Studi di Udine.

² Coordinatore del gruppo, Università Vita-Salute San Raffaele Milano.

Domini specifici		Domini trasversali
Promozione e mantenimento della salute	Promozione e mantenimento della salute	Disciplina infermieristica e metodo clinico
Sicurezza ed efficacia della presa in carico	Organizzazione e continuità dell'assistenza Sicurezza e controllo del rischio nei contesti di presa in carico	Prove di efficacia
Integrità psico-sociale	Relazione di aiuto e adattamento Salute Mentale	Auto-apprendimento
Clinica	Assistenza infermieristica generale Infermieristica clinica a pazienti con problemi prioritari di salute acuti e cronici (materno-infantile/adulti/anziani) Applicazione e gestione dei percorsi diagnostici e terapeutici Educazione del paziente e metodologie di intervento nella comunità	Discipline di base Discipline contributive

Tab. 1 - Struttura del piano degli studi in Infermieristica.

persone significative del paziente ed i componenti del *team* di cura.

Organizzazione e continuità dell'assistenza

L'infermiere neolaureato organizza l'assistenza infermieristica ad un gruppo di pazienti integrando i processi assistenziali con quelli diagnostici, terapeutici, riabilitativi e palliativi erogati dal *team* assistenziale multiprofessionale, decidendo le priorità di intervento assistenziale e garantendo la continuità delle cure.

Sicurezza e controllo del rischio nei contesti di presa in carico

L'infermiere neolaureato protegge dai rischi se stesso, il *team*, i pazienti, i familiari e le persone significative nei *setting* lavorativi e di presa in carico.

INTEGRITÀ PSICOSOCIALE

L'infermiere neolaureato promuove il benessere emotivo e sociale del paziente, della famiglia/persone significative che vivono eventi stressanti ed interviene efficacemente con le persone con disturbi mentali acuti o cronici.

Relazione di aiuto e adattamento

L'infermiere neolaureato favorisce, attraverso la relazione di aiuto, l'adattamento e sostiene positive risposte umane alla malattia di utenti, famiglie e persone significative.

Salute Mentale

L'infermiere neolaureato attiva strategie di pro-

mozione del benessere psicosociale del singolo e dei gruppi e collabora nell'attivazione delle principali strategie di prevenzione dei problemi mentali; attua gli interventi di tutela del paziente portatore di disagio psichico indicate dalla norma e collabora nella gestione del paziente con problema psichiatrico acuto e cronico.

INFERMIERISTICA CLINICA

L'infermiere neolaureato gestisce i problemi dei pazienti in autonomia e collaborazione perseguendo i migliori esiti assistenziali.

Assistenza infermieristica generale

L'infermiere neolaureato garantisce condizioni di comfort al paziente nelle attività di vita quotidiana attivando strategie di aiuto nelle funzioni compromesse e promuovendo l'autocura.

Infermieristica clinica a pazienti con problemi prioritari di salute

L'infermiere neolaureato gestisce i problemi attuali e potenziali (associati alla situazione clinica, alle terapie o esami diagnostici) dei pazienti con problemi prioritari di salute, nell'area materno infantile, degli adulti, degli anziani e della cronicità/disabilità.

Applicazione e gestione dei percorsi diagnostici e terapeutici

L'infermiere neolaureato applica i processi diagnostici e terapeutici prescritti attivando strategie di vigilanza degli effetti.

Educazione del paziente e strategie di intervento nella comunità

L'infermiere neolaureato gestisce strategie di educazione terapeutica per assicurare l'autocura dei pazienti, famiglie e persone di riferimento nella comunità.

2. DOMINI TRASVERSALI

DISCIPLINA INFERMIERISTICA

L'infermiere neolaureato progetta, gestisce e valuta l'assistenza infermieristica sulla base del paradigma disciplinare di riferimento. Assume decisioni assistenziali attraverso un approccio scientifico di risoluzione dei problemi del paziente che include l'accertamento, l'individuazione dei problemi di assistenza infermieristica, la pianificazione, l'intervento e la valutazione dei risultati.

PROVE DI EFFICACIA

L'infermiere neolaureato applica interventi infermieristici basati sulle prove di efficacia e promuove strategie di miglioramento della pratica assistenziale.

AUTOAPPRENDIMENTO

L'infermiere neolaureato valuta i propri bisogni di apprendimento, definisce un piano formativo, seleziona le strategie più efficaci per realizzare il piano e valuta i risultati di apprendimento raggiunti.

DISCIPLINE DI BASE

L'infermiere neolaureato dispone di competen-

ze biomediche di base necessarie allo sviluppo delle competenze professionali attese.

DISCIPLINE CONTRIBUTIVE

L'infermiere neolaureato dispone di abilità informatiche e nella lingua inglese necessarie allo sviluppo delle competenze professionali attese.

Conclusioni

La proposta di piano di studi elaborata dal gruppo di lavoro (Tab. 2, 3, 4), seppur condivisa da un ampio numero di formatori, necessita di ulteriore approfondimento e condivisione che sarà realizzato nel prossimo incontro della Commissione Nazionale Infermieri.

Si propone lo scopo di offrire orientamenti e indirizzi in modo che le sedi universitarie, pur nel rispetto della loro autonomia locale, possano costruire piani didattici omogenei per ridurre le attuali differenze di preparazione e di standard a livello nazionale.

Note

(1) la presente proposta completa delle competenze-esito è stata presentata al Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI il 9 febbraio 2008.

(2) in questa sede non saranno riportate nel dettaglio le competenze esito individuate che potranno tuttavia essere richieste a: dott.ssa Adriana Dalponte e-mail: dalponte.adriana@hsr.it



Proposta di Piano degli studi: 1° anno

N.	Corsi integrati	Discipline	CFU	Ore (7)
1	Disciplina infermieristica	MED/45 Infermieristica generale MED/45 Metodologia clinica		
2	Discipline di base <i>Basi molecolari della vita</i>	BIO/10 Biochimica BIO/13 Biologia Applicata MED/03 Genetica medica		
3	Discipline di base <i>Le Basi morfologiche della vita</i> <i>Le Basi funzionali della vita (1)</i>	BIO/17 Istologia BIO/16 Anatomia umana FIS/07 Fisica applicata BIO/09 Fisiologia		
4	Promozione e mantenimento della salute	M-PSI/01 Psicologia generale SPS/07 Sociologia della salute MED/42 Igiene generale MED/45 Educazione alla salute		
5	Sicurezza e controllo del rischio nei contesti sanitari (2)	MED/44 Medicina del lavoro MED/45 Infermieristica preventiva		
6	Assistenza infermieristica generale	MED/05 Microbiologia e microbiologia clinica MED/04 Patologia generale BIO/14 Farmacologia generale MED/45 Infermieristica applicata		
7	Attività formative professionalizzanti (3) Laboratori preclinici (4)	Nelle sedi che offrono opportunità formative pertinenti alle competenze esito dei Corsi Integrati	20 1,5 (6)	
	Discipline contributive (5)	Inglese Scientifico Informatica	3 1	

Tab. 2 - Proposta di piano degli Studi. 1° anno.
 (1) Considerati i vincoli al numero degli esami posti dal DM 270/2004, si propone di articolare il Corso Integrato n. 3 in due moduli per ciascuno dei quali lo studente deve superare una prova. L'insieme delle due prove costituisce l'esito della prova di profitto di Corso Integrato.
 (2) Gli studenti non possono affrontare le attività formative professionalizzanti se non sostengono con successo l'esame del Corso Integrato n.5 "Sicurezza e controllo del rischio dei contesti di presa in carico".
 (3) L'esame delle attività formative professionalizzanti è annuale.
 (4) Per le competenze ritenute 'critiche', si suggerisce che ciascuna sede assicuri laboratori preclinici in cui gli studenti si possano esercitare prima di effettuare la procedura/tecnica sui pazienti. Si suggerisce che tali laboratori prevedano una valutazione che comunque non deve essere conteggiata tra i 20 esami di cui all'art 4 c. 2 del DM 270/2004.
 (5) L'inglese e l'informatica sono considerate discipline contributive e, pertanto, non sono organizzate in Corsi Integrati; i CFU dedicati sono certificati con una prova che valuta le abilità attese ed esprime l'esito in "approvato/non approvato".
 (6) Come indicato dal DM 270/2004 art 10. c 5 sono previsti 3 CFU per i 'laboratori', che si suggerisce di distribuire al primo e secondo anno.
 (7) Per facilitare lo studio individuale si suggerisce un rapporto di 16-18 ore/CFU da dedicare alle attività d'aula (lezione).

Proposta di Piano degli studi: 2° anno.

N.	Cori Integrati	Discipline	CFU	Ore (7)
1	Relazione di aiuto e adattamento	M/DEA Antropologia culturale MP/08 Psicologia clinica MED/45 Relazione assistenziale		
2	Applicazione dei percorsi diagnostici e terapeutici (1)	BIO/14 Farmacologia clinica (5) MED/49 Scienze dietetiche MED/36 Diagnostica per immagini e Radioterapia MED/45 Applicazione delle prescrizioni		
3	Infermieristica clinica in area medica	MED/09 Medicina interna MED/17 Malattie infettive MED/19 Oncologia medica MED/45 Infermieristica area medica		
4	Infermieristica clinica in area chirurgica	MED/18 Chirurgia generale MED/33 Malattie apparato locomotore MED/41 Anestesiologia MED/45 Infermieristica area chirurgica		
5	Infermieristica clinica nella cronicità e disabilità	MED/09 Geriatria MED/26 Neurologia MED/16 Reumatologia MED/48 Scienze Riabilitative MED/45 Infermieristica cronicità e disabilità MED/45 Infermieristica nelle cure di fine vita		
6	Infermieristica clinica specialistica (2)			
7	Attività formative professionalizzanti (3) Laboratori preclinici (4) Auto-apprendimento	Nelle sedi che offrono opportunità formative pertinenti alle competenze esito dei Corsi Integrati Opzionalità	20 1,5 (6) 2 (7)	

Tab. 3 - Proposta di Piano degli Studi: 2° anno.

(1) I contenuti attinenti alla Radioprotezione (D.Lgs. n. 187) possono essere inclusi, a scelta della Università, in questo Corso o in quello n. 5 del 1° anno; si suggerisce eventualmente di inserire in questo C.I., a discrezione delle sedi, i SSD che offrono contenuti trasversali (ad esempio anatomia patologica, patologia clinica).

(2) Considerata la variabilità dei fabbisogni di professionalità, è riservato a ciascuna Università, un C.I. attraverso cui sia possibile specializzare/focalizzare o diversificare il piano degli studi per rispondere alle esigenze locali.

(3) L'esame delle attività formative professionalizzanti è annuale.

(4) Per le competenze ritenute "critiche" devono essere assicurati laboratori preclinici in cui gli studenti si possano esercitare prima di eseguire la tecnica sui pazienti. Si suggerisce che tali laboratori prevedano una valutazione che comunque non deve essere conteggiata tra i 20 esami di cui all'art. 4 c. 2 del DM 270/2004.

(5) Considerata la crescente rilevanza del ruolo degli infermieri nella somministrazione dei farmaci e nella sorveglianza degli effetti, si suggerisce un congruo numero di CFU da dedicare alla Farmacologia che potrebbe essere distribuita anche sul triennio.

(6) Come indicato dal DM 270/2004 art. 10, c. 5 sono previsti 3 CFU per i laboratori, distribuiti al primo e secondo anno.

(7) Dal secondo anno gli studenti sono responsabilizzati della progettazione e gestione di una parte dei CFU a scelta degli studenti.

(8) Per facilitare lo studio individuale si suggerisce un rapporto di 14-16 ore/CFU da dedicare alle attività d'aula (lezioni).

Proposta di Piano degli studi: 3° anno.

N.	Corsi Integrati	Discipline	CFU	Ore (7)
1	Organizzazione e continuità dell'assistenza	MED/43 Medicina Legale FIL/03 Filosofia Morale (Bioetica) IUS/07 Diritto del lavoro MED/45 Management e organizzazione dell'assistenza MED/45 Deontol. e regolament. dell'esercizio professionale		
2	Infermieristica basata sulle prove di efficacia	MED/01 Statistica medica MED/42 Epidemiologia clinica MED/45 Evidenze Scientifiche per l'infermieristica		
3	Infermieristica clinica nella salute mentale	MED/25 Psichiatria MED/45 Infermieristica nella salute mentale e psichiatrica		
4	Infermieristica clinica nella criticità vitale	MED/09 Medicina d'urgenza MED/18 Chirurgia d'urgenza MED/41 Rianimazione MED/45 Infermieristica di terapia intensiva MED/45 Infermieristica di emergenza territoriale		
5	Infermieristica clinica in area materno infantile	MED/38 Pediatria MED/40 Ginecologia/Ostetricia MED/47 Infermieristica ostetrica MED/45 Infermieristica pediatrica		
6	Educazione del paziente e metodologie di intervento nella comunità	M-PSI/01 Psicologia dello sviluppo SPS/07 Sociologia delle reti di comunità MED/45 Infermieristica di comunità MED/45 Educazione terapeutica		
	Attività formative professionalizzanti	Nelle sedi che offrono opportunità formative pertinenti alle competenze esito dei Corsi Integrati	20	
	Auto-apprendimento (1)	Opzionalità	4	
	Tesi		6 (3)	

Tab. 4 - Proposta di Piano degli Studi: 3° anno.
 (1) Al terzo anno, come indicato dal DM 270/2004 art 10. c 5, gli studenti sono responsabilizzati della progettazione e gestione di una parte dei CFU (a scelta degli studenti). Tali CFU possono comprendere anche attività di tirocinio clinico nelle sedi proposte dagli studenti.
 (2) L'esame delle attività formative professionalizzanti annuale del terzo anno potrebbe corrispondere a quello di abilitazione finale. Questa modalità ridurrebbe il carico degli esami (tanto da mantenerlo all'interno dei 20 previsti dal DM 270/2004); potrebbe stimolare gli studenti ad orientarsi efficacemente alla tesi e concludere il percorso nei tempi previsti; inoltre, se l'esame di abilitazione e progettato sulle competenze esito, potrebbe essere valutata complessivamente la competenza degli studenti evitando due momenti distinti.
 (3) Come indicato dal DM 270/2004 art 10. c 5 sono previsti 9 CFU per la prova finale e la lingua inglese.
 (4) Per facilitare lo studio individuale si suggerisce un rapporto di 14-16 ore/CFU da dedicare alle attività d'aula (lezioni).

Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie

Presidente Prof. Luigi Frati

Meeting di Primavera

Ricerca, formazione superiore e collaborazione Università - Regione nei CL delle Professioni Sanitarie

Napoli, 9-10 Maggio 2008

Auditorium Academy Astra Via Mezzocannone, 108

PROGRAMMA PRELIMINARE

Venerdì 9 maggio 2008

- ore 11,00 Riunioni Commissioni nazionali
Aula SUN SA1, SA3, SA4, SA26 - Via De Crecchio - Napoli
- ore 14,00 Registrazione dei Partecipanti
- ore 14,30 Apertura dei lavori - Saluto delle Autorità
- ore 15,00 *I Sessione*
Quale formazione alla ricerca per le professioni sanitarie
Moderatori: G. Delrio, L. Frati
- ore 18,00 *II Sessione*
I lavori dei Gruppi di studio della Conferenza e delle Commissioni nazionali
Moderatori: G. Danieli, R. Grassi

Sabato 10 maggio 2008

- ore 9,00 *III Sessione*
Sessione Poster per rendere visibile l'attività scientifica svolta nei CL delle professioni sanitarie
Moderatori: E. Agozzino, R. Roncone
- ore 10,00 *IV Sessione*
Rapporti Università- Regioni in relazione ai Corsi di Laurea delle professioni sanitarie alla luce della riforma universitaria
Moderatori: L. Briziarelli, G. Persico
- ore 12,00 Osservatorio della Conferenza, R. Gimigliano, A. Mastrillo
- ore 13,00 Considerazioni conclusive, L. Frati
- ore 13,30 Conclusione dei lavori

Comitato organizzatore

Giovanni Delrio, Giovanni Persico
Franco Ascolese, Nicola Curci, Antonio Dello Russo, Michela D'Istria, Roberto Grassi, Paola Izzo,
Pasquale Martinelli, Maria Vicario

Segreteria organizzativa

mcm Rione Sirignano, 5 - 80121 Napoli - Tel. 081 668774 - Fax 081 664372
info@mcmcongressi.it www.mcmcongressi.it

La formazione professionale nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia

Proposta didattica nell'area dell'emergenza

Maria Giofrè Florio (*Messina*) con la collaborazione di F. Famà, S.A. Villari

L'insegnamento nel corso di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia ha subito, nell'ultimo decennio, profonde trasformazioni accostandosi sempre più a quei modelli in cui l'attività pratica riveste un ruolo rilevante.

Inoltre l'introduzione di aspetti divenuti oggi prioritari, quali l'*e-learning* e l'*Evidence Based Medicine*, costringe da una parte e stimola dall'altra la classe docente ad effettuare nuove proposte didattiche e a mettere in pratica innovativi modelli di sperimentazione.

Attualmente nel nostro Paese, lo scopo principale delle Facoltà mediche è puntare alla formazione di una classe medica preparata e competente.

Tuttavia, le poche risorse economiche a disposizione della Sanità e del MUR rendono difficoltoso il raggiungimento di tale obiettivo, ostacolando l'Università ed in modo particolare la Facoltà di Medicina e Chirurgia nella realizzazione di un progetto formativo adeguato alle esigenze della società.

Purtroppo per tradizione, l'Università medica italiana ha da sempre puntato alla formazione di medici "colti" ma poco "abili".

L'entrata in vigore del nuovo ordinamento didattico, che impone di destinare un cospicuo numero di ore all'attività pratica, sicuramente determinerà un progressivo miglioramento delle competenze e delle capacità pratiche dei medici in formazione.

Di conseguenza, l'insegnamento della Medicina nel Corso di Laurea Specialistica, ha subito una profonda trasformazione accostandosi agli schemi europei nei quali, il ruolo dell'attività pratica è preponderante fin dai primi anni di Università.

L'inscindibilità, messa in risalto dal legislatore, tra didattica, ricerca ed assistenza rappresenta uno stimolo importante per il confronto con modelli di insegnamento alternativi che siano in grado di soddisfare l'esigenza di formare un medico: preparato culturalmente, interessato alla vita della facoltà in cui studia, partecipe dell'attività assistenziale e di ricerca dell'Azienda Ospedaliera nella quale lavora, abile alla fine del suo corso di studi, indirizzato al ruolo professionale che dovrà assumere alla fine del percorso formativo.

In accordo con il Presidente del Corso di

Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di Messina, per quel che attiene alla Unità Operativa Complessa della quale sono Responsabile, abbiamo proposto un modello formativo pratico, che ha suscitato grande interesse presso gli studenti e che è stato, oserei dire con un termine caro ai giovani, "molto gettonato". Mi permetto per questo di porlo all'attenzione di tutti perché ne scaturisca un dibattito costruttivo.

Da Chirurgo dirigo un'UOC di Pronto Soccorso ed Emergenze Medico Chirurgiche e insieme ai miei collaboratori abbiamo dato la possibilità agli studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia di potere frequentare la nostra struttura (dove è garantita la presenza di personale medico per 24 ore al giorno), tutti i giorni dell'anno. Lo studente quindi può frequentare con un ritmo di 24 ore, accumulando ogni 18 ore di frequenza 1 credito formativo.

Al 1° anno del Corso di Laurea è possibile frequentare il *triage* globale, che consente allo studente per i primi due anni (1° e 2° anno) di instaurare un rapporto diretto con il paziente che si rivolge all'Emergenza.

Egli apprenderà così le prime metodologie pratiche: raccolta dei primi dati anamnestici, rilevamento dei parametri vitali (polso, pressione, glicemia).

Questa esperienza si rivela estremamente educativa e formativa dal punto di vista medico, civico e oserei anche dire aziendalistico; poiché consente di riconoscere precocemente la differenza tra emergenza ed urgenza, tra urgenza e ricorso inappropriato alla struttura ospedaliera.

L'offerta formativa prosegue con le stesse modalità per gli studenti del III e IV anno di corso, permettendo loro di frequentare le aree dedicate all'attività di emergenza. In modo particolare, al III anno iniziano a frequentare le Aree verdi mediche e chirurgiche per poi frequentare, nel corso degli anni con l'avanzamento del percorso didattico, le Aree giallo-rosse fino ad arrivare, durante la *full-immersion* stabilita al VI anno, al trattamento dei casi clinici, spesso anche gravi, insieme al medico in servizio. Aiutano quest'ultimo, sulla base di linee guida già consolidate, nella gestione del paziente grave chirurgico e/o medico (es. politrauma, emorragia cerebrale), dall'arrivo in Pronto

Soccorso alla sala operatoria o nel caso di un infartuato all'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica.

L'offerta formativa è inoltre potenziata dall'istituzione di tre corsi monografici indirizzati a: Emergenze, Suture, Politrauma e di un internato elettivo in Chirurgia Generale.

La possibilità di frequentare nell'arco delle 24 ore per tutti i giorni dell'anno permette agli studenti, con un minimo di organizzazione, di potere afferire alla nostra struttura e soprattutto di non creare sovraffollamento nella stessa; viene inoltre garantita la didattica frontale e/o interattiva.

Abbiamo constatato come l'essere presenti e il partecipare a tutte le attività dell'emergenza aiutano lo studente a sviluppare un grande senso critico. Infatti, durante i *briefing* che si svolgono al mattino o al pomeriggio, ascoltano le discussioni riguardo le problematiche insorte durante il servizio di *Triage* o nelle aree di Emergenza e sul modo di gestirle mettendo in pratica le linee guida diagnostico terapeutiche e la medicina basata sull'evidenza.

I discenti, inoltre, affiancando il medico di turno, hanno modo di affrontare le problematiche medico legali che si presentano nello svolgimento dell'attività quotidiana.

La partecipazione all'attività sanitaria insegna a "comunicare" con i colleghi, i pazienti, gli utenti e i familiari dei pazienti ed abitua al rispetto della *privacy*, dei dati personali, etc.

L'internato presso una struttura come la nostra Unità Operativa di MCAU (Pronto Soccorso),

che propone un'offerta didattica con tali caratteristiche, può essere ritenuto realmente costruttivo, poichè in grado di interessare lo studente aiutandolo in modo pratico durante il suo percorso di formazione.

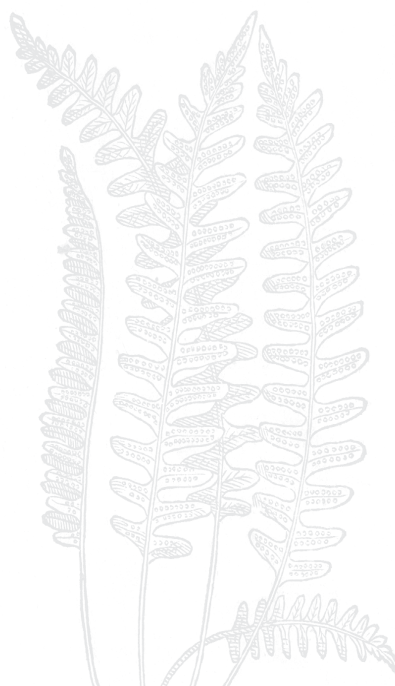
Nella struttura organizzativa è presente un *Manuale per la Qualità* che lo studente può consultare per la scelta di percorsi terapeutici e diagnostici corretti.

La presenza di personale infermieristico laureato e preparato ad affrontare l'emergenza favorisce, soprattutto al I e al II anno di corso, un interscambio di nozioni di pratica infermieristica, consentendo un approccio al *nursing* che difficilmente lo studente, una volta laureato, riuscirà a dimenticare, gettando le fondamenta per un rapporto nuovo e moderno tra due figure professionali diverse ma egualmente indispensabili dal punto di vista della professione sanitaria.

La frequenza di strutture destinate all'Emergenza, quindi con le sue varie sfaccettature raggiunge l'obiettivo di stimolare le capacità personali, di accrescere lo spirito critico e di indirizzare lo studente verso scelte future.

Bibliografia

- 1) Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and learning communication skills in medicine*. Oxford: Radcliffe Publishing, 1998
- 2) Epstein RM. Assessment in medical education. *New Engl J Med* 2007; 356: 387-396.
- 3) Smee S. ABC of learning and teaching in medicine: skill based assessment. *BMJ* 2003; 326: 703-706.



La valutazione delle competenze professionali acquisite in tirocinio nel Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia*

Luigi Cei (Pavia)¹, Giuseppe Bardo (Milano)², Maurilio Bessone (Torino)³, Giuseppe Bertoli (Pavia)⁴

Introduzione

Lo scopo del presente lavoro è quello di proporre un modello di valutazione delle competenze professionali che sia flessibile e oggettivo e che si adatti ad ognuna delle singole situazioni che lo studente viene a trovarsi giornalmente nelle prove pratiche.

Fra i vari metodi utilizzati in altri contesti universitari, soprattutto nei Corsi di Laurea di Medicina e di Infermieristica il più noto è l'OSCE (Objective Structured Clinical Examination)¹⁻¹⁶ che è costituito da un insieme di prove (stazioni) che lo studente deve superare in successione, affrontando gradatamente alcuni compiti prefissati che corrispondono a specifiche competenze cliniche. Anche i criteri per valutare l'esecuzione delle prove sono predefiniti e stabiliscono in anticipo le caratteristiche della prestazione ottimale dalla quale si parte per oggettivare i vari livelli di apprendimento del singolo studente.

Nella realtà in cui operiamo, il momento della certificazione dell'attività di tirocinio è ritenuto cardine fondamentale nella valutazione del futuro professionista.

Affinché la valutazione delle capacità apprese dallo studente sia il più possibile oggettiva, risulta necessario predisporre un sistema di valutazione strutturato ed organizzato che possa essere applicato con estrema flessibilità ad ogni studente e che noi chiameremo, vista la specificità tecnica del modello sperimentato, ETOS ossia Esame Tecnico Oggettivo Strutturato. Ciò è indispensabile al fine di formare e certificare lo studente che, non appena conseguito il titolo di studio, diventerà un professionista che, necessariamente, dovrà possedere i requisiti minimi richiesti per l'espletamento della propria attività professionale nei confronti del cittadino-utente.

La competenza dei professionisti sanitari può essere definita come l'insieme di due elementi: le conoscenze e le abilità (Core curriculum e Core Competence) che racchiudono il sapere, il

saper fare ed il saper essere del professionista sanitario.¹⁷⁻¹⁸

Per ogni studente sarà necessaria la valutazione di entrambi i parametri sopra citati in modo da poter osservare il livello di apprendimento globale e l'acquisizione della professionalità specifica.

In questo modo si vuole favorire un processo di apprendimento che utilizza nuove conoscenze ed esperienze, al fine di produrre maggiori iniziative personali e capacità generali spendibili in situazioni diverse.

In questo tipo di metodologia, infatti, l'apprendimento di una nuova conoscenza non è mai fine a se stessa, ma diventa l'opportunità per sviluppare ulteriori capacità individuali. Il sistema di valutazione sperimentato ha anche lo scopo di orientare il comportamento degli studenti ed il raggiungimento degli obiettivi, poiché lo studente stesso è a conoscenza del metodo e degli obiettivi da raggiungere e tutto ciò facilita il raggiungimento degli stessi.

Metodi

Il modello che presenteremo è stato costruito e sperimentato da un gruppo di coordinatori del Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia.

Mentre l'OSCE tradizionale, si articola in tappe, il modello sperimentato si struttura in moduli relativi alle aree di competenza del professionista, con l'utilizzo di apposite griglie di valutazione. Come per l'OSCE, permangono le criticità relative alla necessità di un'adeguata formazione degli osservatori valutatori.

Il modello basa la sua filosofia progettuale su due punti fondamentali; il primo consiste nella necessità di far fede all'Evidence Base Medicine (EBM) applicando al meglio le procedure esecutive per ottenere il miglior risultato tecnico possibile relativamente al singolo utente, ed il secondo consiste nell'evidenza del fatto che il metodo di valutazione applicato allo studente ne orienta ed indirizza l'apprendimento. Lo studente, messo al corrente di quali conoscenze gli saranno richieste, orienterà la propria attività tecnico pratica cercando di ottimizzare al massimo le possibilità di apprendimento negli ambiti richiesti, finalizzando i propri atti al conseguimento delle capacità richieste.

¹Coordinatore Corso di laurea TSRIR

²Istituto Europeo di Oncologia Coordinatore di Sezione Polo didattico Torri CdL TSRIR

³Coordinatore Corso di Laurea TSRIR

⁴Dirigente tecnico-Fondazione Maugeri

* La stesura di questo lavoro è da attribuire in parti uguali agli Autori.

Il modello prevede due moduli per la verifica valutativa; uno cognitivo, volto a verificare le conoscenze relative alla tecnica, l'altro definito "gestuale", che consta in una vera e propria simulazione sia della tecnica, sia della gestione dell'utente o del campione da esaminare, secondo le situazioni. Il quesito origina da un caso tecnico, costruito dalla realtà quotidiana che si presenta al professionista e relativo alla tecnica da valutare. Tale mandato oltre ad offrire il quesito diagnostico, l'obiettivo terapeutico o quant'altro, secondo il profilo interessato, fornisce informazioni cliniche e tutto ciò che risulta utile all'inquadramento del caso stesso.

Il modulo cognitivo

Ha lo scopo di valutare la conoscenza specifica del candidato nell'ambito della disciplina oggetto di valutazione.

La verifica si svolge mediante l'elaborazione di casi tecnici articolati su questionari a risposta multipla.¹⁹

Il questionario può contenere 10 o più domande relative alla conoscenza della procedura applicata al caso ed assegna 30 punti di valutazione massima. Ogni singola domanda deve permettere di esaminare tutti i fattori considerati rilevanti per la disciplina in oggetto; in particolare è fondamentale che le domande formulate siano pertinenti al curriculum professionale ed al profilo di competenza e che siano conformi agli standard di accreditamento e di certificazione dell'esame. Attraverso questi quesiti il candidato deve dimostrare di aver appreso il sapere minimo necessario per essere certificato nella materia specifica. Ad ogni domanda può essere applicato un peso differente secondo l'importanza assegnata all'argomento nell'ambito della valutazione.

A monte della valutazione, nel curriculum dell'attività tecnico pratica devono essere evidenziati e schematizzati i temi considerati rilevanti per testare la conoscenza del candidato sugli aspetti professionali inerenti al caso proposto. Ciò consente di effettuare un'approfondita verifica della comprensione di ciò che è considerato necessario e sufficiente per operare con sicurezza e qualità in qualsiasi struttura sanitaria.

Il modulo gestuale

Questo secondo modulo simula la procedura e assegna una valutazione massima di 70 punti.

La durata della prova può variare secondo la disciplina oggetto di valutazione e dei protocol-

li ricavati dalle linee guida internazionalmente riconosciute. Il modulo gestuale può essere ulteriormente suddiviso in sottomoduli che consentono di investigare in maniera maggiormente specifica i vari aspetti della simulazione.²¹⁻²¹⁻²² In particolare, secondo il modello proposto, è stata prevista l'osservazione del comportamento nell'ambito di gestione dell'utente/campione, dell'esecuzione della tecnica e dell'autovalutazione del risultato prodotto.²³⁻²⁴⁻²⁵

La verifica si svolge utilizzando gli stessi casi tecnici del modulo precedente, al fine di poter valutare compiutamente il livello di professionalità raggiunto dal candidato. Il modulo è ulteriormente suddiviso in sottomoduli, che analizzano le macrocompetenze e le abilità minime che il candidato deve avere acquisito al termine del percorso di tirocinio cui ha partecipato. In questo modo è possibile certificare l'apprendimento delle abilità professionali considerate necessarie e sufficienti per svolgere correttamente l'attività professionale. Chiaramente la tipologia di tali suddivisioni varia al variare del profilo professionale da esaminare.

Risultati

Il modello è stato sperimentato all'interno dei corsi di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia su 300 studenti circa, utilizzando per ogni Corso di Laurea cinque diversi casi tecnici, fino al raggiungimento di 1000 risultati analizzabili.

I risultati ottenuti sono stati analizzati con tre metodologie differenti:

- valutazione complessiva del risultato,
- valutazione differenziata del modulo cognitivo e del modulo gestuale,
- valutazione differenziata del modulo cognitivo e gestuale e delle sue ulteriori suddivisioni.

Per semplicità nomineremo le tre metodologie di cui sopra come: metodo 1, metodo 2 e metodo 3.

I dati della simulazione, sottoposti ad analisi statistica, ci hanno permesso di giungere ai seguenti risultati: il Metodo 1 e 2 portano ad un sostanziale numero di certificazioni positive, mentre il Metodo 3 comporta una maggiore selezione dei candidati alla certificazione. Ciò è determinato dal fatto che la struttura del modello sottopone a valutazione selettiva le singole competenze. In particolare, correlando i singoli metodi, si evince che si ottengono valutazioni medie via via più elevate e, contemporaneamente, si riduce il differenziale, in termini di votazione, tra i certificati e i non certificati.

Questo porta a concludere che più si sale nella specificità della valutazione, maggiore è la prestazione richiesta al Certificando (in termini di qualità e quantità) e migliore è la capacità del metodo di individuare punti di forza e di debolezza del candidato.

Successivamente si è provveduto a sottoporre all'attenzione degli studenti un questionario di gradimento che ha messo in evidenza un buon grado di soddisfazione sulle modalità della prova.

Dalla verifica dei risultati ottenuti e stante la novità del modello proposto siamo in grado di individuare i punti di forza e di debolezza emersi e di avviare quindi la fase di discussione.

I punti di forza del modello sono così riassumibili:

- Esportabilità: il modello può essere utilizzato in ambiti diversi, sia all'interno dello stesso corso sia in corsi di Laurea diversi.

- Flessibilità: consente estrema variabilità nella costruzione dei casi, degli items e nella definizione dei requisiti.

- Oggettività: la prova risulta porre tutti i discendenti sullo stesso piano, sia per quanto riguarda la parte cognitiva sia per la prova gestuale, poiché è possibile utilizzare numerosi ausili didattici quali ad esempio fantocci, durante la simulazione gestuale. Ciò consente di confrontare l'effettivo risultato tecnico della prova con un gold standard appositamente predisposto.

- Strutturazione: il modello prevede una prova strutturata sia nella tempistica sia nella modalità di esecuzione, vincolando al minimo l'estemporaneità.

- Tempistica: ridotta, in quanto la parte cognitiva può essere svolta contemporaneamente da più studenti, mentre la parte gestuale può essere analizzata contemporaneamente da più valutatori.

- Consistenza: il modello dimostra di non presentare punti critici anche se sottoposto a variazioni nell'individuazione dei pesi relativi alla valutazione.

- Il modello consente infine, alla lettura dei risultati del singolo studente di identificare gli aspetti critici della sua formazione in modo diretto e rapido

Per quanto concerne i punti di debolezza abbiamo individuato le seguenti criticità di carattere generale:

- Per mantenere una reale ed effettiva oggettività della prova occorre una preventiva e precisa definizione dei contenuti della prova stessa, e ciò comporta notevole impiego di tempo ed energie da parte dei valutatori.

- E' complesso e difficoltoso ottimizzare il

modello nel caso tecnico specifico utilizzato nelle prove.

- E' necessario provvedere a comunicare preventivamente ai discenti sia gli obiettivi proposti, sia la metodologia di valutazione utilizzata, al fine di ottimizzare la fase di apprendimento e di non limitarsi a "selezionare".

- Il valutatore, che provvede alla costruzione dei casi e delle domande, e che presenzia alla simulazione, deve essere formato allo svolgimento del suo compito, e deve acquisire la filosofia che sottende il metodo proposto.

- Tutti gli attori appartenenti al Corso di Laurea che utilizza tale modello devono dividerne la filosofia di base ed agire di conseguenza, e questo aspetto risulta difficilmente controllabile.

Tra tutti i punti sopra elencati ci pare che uno degli aspetti più critici, derivante non solo dai risultati ottenuti ma anche dalle fasi di impostazione ed elaborazione di questo modello sperimentale di valutazione, consista nella mancanza di condivisione dei criteri oggettivi di valutazione dello studente tra il tutor, i professionisti impiegati nelle sedi di tirocinio e gli studenti stessi.

In genere i professionisti coinvolti nell'attività tecnico pratica sembrano più attenti al raggiungimento della competenza tecnica, e meno attenti alle competenze relazionali, o comunque al raggiungimento dell'obiettivo nel suo insieme.

A questo si aggiunge che, tra i vari professionisti stessi, esistono differenze in merito a ciò che si considera importante per lo studente e scarsa conoscenza del contratto formativo dello studente, quindi, difficoltà ad avere chiari gli obiettivi che deve raggiungere.

Se l'affiancamento dello studente a più professionisti può risentire delle diverse culture della buona pratica presenti tra gli operatori, e di conseguenza dare esito a giudizi discordanti, anche l'affiancamento unico presenta un aspetto problematico, in quanto la responsabilità della valutazione dello studente ricade su un unico soggetto.

Le ragioni di queste difficoltà sono riconducibili in parte all'inesperienza formativa dei Tutor e dei professionisti; è necessario, pertanto, formare personale dedicato alla formazione per i corsi di laurea, anche nell'ambito della classe 3° delle Lauree triennali.

Conclusioni

Al termine dell'esperienza sopra esposta possiamo concludere che il modello proposto permette una buona valutazione oggettiva delle

competenze tecniche dello studente, anche se necessita di ulteriori miglioramenti. E' chiaro che l'ulteriore sviluppo del modello dovrebbe prevedere, mediante semplificazioni, anche il suo utilizzo sul campo quotidianamente, come strumento di formazione più che di valutazione e come mezzo per superare le criticità formative che si presentano allo studente.

Bibliografia

- 1) Alistair Chesser R. Laing M. Brittenden J. D Heys S. - Factor analysis can be a useful standard setting tool in a high stakes OSCE assessment - *Med Educ* 38 - 825-831 - 2004
- 2) Auewarakul C. Downing SM. Praditsuwan R. Jaturamrong U. - Item analysis to improve reliability for an internal medicine undergraduate OSCE - *Adv Health Sci Educ* 10:105-13 - 2005
- 3) Brosnan M. Evans W. Brosnan E. Brown G. - Implementing objective structured clinical skills evaluation (OSCE) in nurse registration programmes in a centre in Ireland: a utilisation focused evaluation. - *Nurse Educ Today* 26 - 115 - 2006
- 4) Chabeli MM. - Nurse educators' perceptions of OSCE as a clinical evaluation method - *Curationis* 24 - 84-92 - 2001
- 5) Furlong E. Fox P. Lavin M. Collins R. - Oncology nursing students' views of a modified OSCE. - *Europ J Oncol Nursing* 9:351-9 - 2005
- 6) Harrison R.- Revalidation: the real life OSCE - *bmj.com* - 2005
- 7) Hodges B. - OSCE? Variations on a theme by Harden - *Med Educ* 37 - 1134-1140 - 2003
- 8) Major DA. - OSCEs: seven years on the bandwagon: the progress of an objective structured clinical evaluation programme. - *Nurse Educ Today* 25 - 442-54 - 2005
- 9) Mazor KM. Ockene JK. Rogers HJ. Carlin MM. Quirk ME. - The relationship between checklist scores on a communication OSCE and analogue patients' perceptions of communication - *Adv in Health Sci Educ* 10 - 37-51 - 2005
- 10) MCG. Harden R. Stevenson M. Wilson Downie W. Wilson G.M. Assessment of Clinical competence using Objective Structured Examination - *Brit Med J* - 1: 447-451 - 1975
- 11) McLaughlin K. Gregor L. Jones A. Coderre S. - Can standardized patients replace physicians as OSCE examiners? - *BMC Med Educ* 6 - 12 - 2006
- 12) Price B. - Self assessment and reflection in nurse education - *Nursing Standard* 19 - 33-37 - 2005
- 13) Sauer J. Hodges B. Santhouse A. Blakwood N. - The OSCE has landed: One small step for British psychiatry? - *Accad Psyc* 29 - 310-315 - 2005
- 14) Schoonheim-Klein M. Walmsley AD. Habets L. Van der Velden U. Manogue M. - An Implementation strategy for introducing an OSCE into a dental school. - *Europ J Dental Educ* 9 - 143-149 - 2005
- 15) Tan CP. Rokiah P. - The use of OSCE as an assessment tool-initial experiences at the University of Malaya. - *Med J Malaysia* 48 - 53 - 2005
- 16) Whyke M. - Continuous assessment of radiographic training - *Radiography* 52 - 207-209 - 1986
- 17) Cattell A. - Competence to practice - *Radiography* 51 -159-161 - 1985
- 18) Watson R. - Clinical competence: starship enterprise or straitjacket? - *Nurse Educ today* 22 - 476-480 - 2002
- 19) Gilboy N. Kane D. - Unfolding case based scenarios: a method of teaching and testing the critical thinking skills of newly licensed nurses - *J Emerg Nurs* 30 - 83-85 - 2004
- 20) Di Giulio P. Renga G. Saiani. L. - Modelli e metodologie o anche clinica nella Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche. *Ass Inferm Ric* 22 - 19-26 - 2003
- 21) Grandell Niemi H. Hupli M. Leino Kilpi H. Puukka P. - Finnish nurses' and nursing students' pharmacological skills - *J Clin Nurs* 14 - 685-694 - 2005
- 22) Jerlock M. Falck K. Severinsson E. - Academic nursing education guidelines: tool for bridging the gap between theory, research and practice - *Nurs & Health Sci* 5 - 219-228 - 2003
- 23) Adamo GA. Simulated and standardized patients in OSCE: achievements and challenges 1992-2003- *Med Teacher* 3 - 2003
- 24) Humphrey Murto S. Wood TJ. Touchie C. - Why do physicians volunteer to be OSCE examiners? - *Med Teacher* 27 - 172-174 - 2005
- 25) Wilson M. Shepherd I. Kelly C. Pitzner J. - Assessment of a low fidelity human patient simulator for the acquisition of nursing skills - *Nurse Educ Today* 25 - 56-67 - 2005



Associazioni e Fondazioni: dal codice civile alla legislazione speciale

Paolo De Angelis (Bologna)¹, Sergio Stefoni (Bologna)²

Sovente in ambito sociale, ancor più sanitario, è frequente il ricorso a enti senza personalità giuridica che costituiscono espressione di impegno sociale e di autogoverno della società civile e ne valorizzano la funzione per la partecipazione alla vita della comunità sociale presso la quale sono insediati.

La presenza nell'ordinamento giuridico nazionale di associazioni e fondazioni non costituisce una novità degli ultimi decenni; anzi, esse erano presenti già nella legislazione di inizio secolo e, oggi, sono disciplinate nel codice civile del 1942. Dal 1942 a oggi, però, non è stata poca l'evoluzione normativa (e ancor prima sociale) di cui esse sono state oggetto.

Le associazioni e le fondazioni sono delle organizzazioni volte al raggiungimento di specifici fini. Si differenziano tra loro in quanto elementi fondamentali ne sono, nelle prime, lo scopo e i partecipanti; nelle seconde lo scopo e il patrimonio. L'ordinamento giuridico tutela e incentiva queste organizzazioni perchè (e purchè) esse perseguano finalità meritevoli di interesse che per ragioni varie non possono essere perseguite né dallo Stato né da singoli cittadini.

Oggetto della presente trattazione non è la disciplina giuridica delle associazioni e fondazioni quanto l'evoluzione nella conoscenza sociale e giuridica che ha portato queste organizzazioni dalla originaria "ammissibilità" alla odierna "incentivazione". Nel proseguo del presente scritto, pertanto, si cercherà di evidenziare quelli che costituiscono gli aspetti principali di questa evoluzione; partendo dal testo originario del codice civile, passando per le modifiche ad esso apportate e alle leggi speciali emanate in materia, concludendo con un accenno al dibattito in essere sull'opportunità di modificare o meno l'intera materia. Dapprima saranno trattate congiuntamente associazioni e fondazioni, in seguito saranno evidenziate specifiche peculiarità proprie.

E' noto come a differenza di quanto si riteneva inizialmente (e fino a non molto tempo indietro), i cd. fini dello Stato, ossia le funzioni principali a cui esso deve attendere, non possono essere individuati in modo tassativo poiché

essi non sono statici bensì dinamici. Esemplificando, in un'epoca storica caratterizzata dall'espansionismo, fine primario dello Stato sarà quello di conquistare nuovi territori o di proteggere i consociati dagli attacchi esterni; in un'epoca storica caratterizzata, al contrario, dalla pace sociale, fine primario dello Stato sarà quello di consentire agli associati di migliorare la qualità della vita. In Italia si è assistito a questa evoluzione negli ultimi quaranta anni; elementi caratteristici a questo riguardo sono stati, ad esempio: l'abrogazione della normativa in tema di servizio militare obbligatorio; l'evoluzione di quelle che gli studiosi del diritto costituzionale definiscono "libertà dello Stato" e "libertà nello Stato"; l'istituzione di uno specifico Ministero volto al miglioramento del benessere sociale (*Welfare*). Nel tentativo di schematizzare quanto più possibile, può dirsi che sono essenzialmente due gli elementi da tenere presente per comprendere come questa evoluzione sia avvenuta nel campo oggetto del presente scritto: il primo, esogeno, è riconducibile all'influsso del diritto comunitario; il secondo, endogeno, discende dal moltiplicarsi degli interessi di cui le associazioni si fanno portatrici e delle finalità che possono essere conseguite tramite la costituzione di fondazioni. Quanto all'elemento endogeno, si pensi alle associazioni sorte a tutela dei consumatori o delle organizzazioni non lucrative o, ancora, alle fondazioni bancarie o a quelle universitarie. Quanto all'influsso comunitario, si può fare riferimento sopra ogni altra cosa al principio di sussidiarietà, da sempre presente nella legislazione e giurisprudenza comunitaria e, successivamente, fatto proprio dall'Italia con la riforma costituzionale del 2001. Il principio di sussidiarietà (considerato sia nell'accezione verticale sia in quella orizzontale), infatti, è stato inteso come punto di arrivo per il riconoscimento giuridico del rilievo, nell'ambito dello Stato, attribuito alle organizzazioni in oggetto e (nel contempo) come punto di partenza per tendere a ottenere una normativa maggiormente di favore. In considerazione di quanto sino ad ora affermato, può comprendersi il perché delle maggiori aperture contenute nella legislazione successiva al codice civile; aperture consistite, come vedremo meglio in seguito, nella semplificazione delle procedure

¹ Coordinatore dei Servizi della Facoltà di Medicina e Chirurgia

² Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia
Alma Mater Studiorum Università di Bologna

e/o nell'ampliamento dei requisiti soggettivi e oggettivi.

Sia le associazioni sia le fondazioni trovano fondamento costituzionale negli articoli 2 e 18 della Costituzione i quali, rispettivamente, riconoscono i diritti inviolabili dell'uomo sia come singolo sia nelle formazioni sociali e attribuiscono ai cittadini il diritto di associarsi. In ossequio a quanto contenuto nella Corte Costituzionale, il codice civile disciplina le persone giuridiche in un apposito titolo (il II) del primo libro all'interno del quale prevede tre capi contenenti le disposizioni generali (capo I) e la disciplina specifica delle associazioni e fondazioni (capo II) e delle associazioni non riconosciute (capo III).

Da queste disposizioni normative emerge che il codice distingue all'interno del titolo II quattro categorie: province comuni e altri enti pubblici; società; associazioni non riconosciute; comitati. Mentre per le prime due tipologie opera un mero rinvio, per le ultime due ne prevede la specifica disciplina. Nella logica tipica dell'epoca, la *ratio* delle norme è volta alla puntuale regolamentazione della "vita" e della "attività" di queste organizzazioni. Sono disciplinate, infatti, la fase del riconoscimento della personalità giuridica; gli elementi necessariamente previsti nell'atto costitutivo e nello statuto; la successiva attività svolta (responsabilità degli amministratori; convocazioni e deliberazioni assembleari); il recesso degli associati; il controllo e la trasformazione delle fondazioni; la loro estinzione e liquidazione.

Dall'esame degli articoli emerge chiaramente come la disciplina in essi contenuta non potesse non segnare il passo di fronte all'evoluzione sociale indicata in premessa. Si tratta, infatti, di una disciplina che sembra volere tutelare i consociati e lo stesso Ordinamento dalle possibili interferenze di queste organizzazioni sulla loro vita e che si preoccupa, inoltre, di classificare le stesse in base a elementi (il riconoscimento) che, per quanto rilevanti, non possono essere considerati elementi esclusivi. Non si preoccupa, invece, di quanto queste organizzazioni possano essere di ausilio (ai consociati e allo stesso Ordinamento) nel perseguimento di fini specifici e, di conseguenza, non si preoccupa (nel solco della coscienza sociale dei primi anni '40) di semplificare la loro attività, di ampliarne i campi di intervento, di tutelarne i partecipanti. Queste finalità ora indicate (sia pure in negativo) costituiscono la *ratio* delle successive disposizioni che, tramite modifica dell'articolato codi-

cistico o emanazione di legislazione speciale, hanno inciso sulla materia per consentire alle disposizioni normative di andare di "pari passo" con la coscienza sociale.

Il rapido esame delle disposizioni legislative emanate al fine del perseguimento di quanto sopra indicato, parte dalle disposizioni modificative apportate al testo del codice civile. Si può fare riferimento, in particolare, all'abrogazione della norma che proibiva ad associazioni e fondazioni l'acquisto di immobili e l'accettazione di donazioni, eredità e legati e alla sostituzione delle norme in tema di modalità di riconoscimento della personalità giuridica. Quanto alla prima, questa disposizione rientra nell'ottica semplificatoria ed è stata motivata (secondo quanto affermato dalla prevalente dottrina) dal minore rilievo che ormai ha la proprietà dei diritti immobiliari rispetto ai titoli di credito. Nondimeno, essa costituisce un sintomo non equivoco del fatto che il legislatore del 2000 (a differenza di quello del 1942) ritenga meritevole di tutela l'utilizzo che di questi beni possono fare associazioni o fondazioni. Parimenti rilevante è l'altra modifica, coeva, attraverso la quale il riconoscimento della personalità giuridica (e gli atti essenziali della vita, quali modifiche o estinzione) di natura governativa o prefettizia è sostituito dall'iscrizione nel registro delle persone giuridiche, istituito presso le prefetture. Dunque, una semplice iscrizione a fronte del precedente sistema che prevedeva un procedimento amministrativo da instaurare a seguito di una formale richiesta di riconoscimento.

Fin qui le modifiche al codice civile; ma, come più volte anticipato, la recente produzione normativa in materia non si limita a questo. In particolare, tra i tanti interventi normativi che a vario titolo hanno riguardato associazioni e fondazioni, può farsi riferimento: relativamente alle associazioni, alla regolamentazione delle ONLUS e al codice del consumo; relativamente alle fondazioni, alla possibilità che esse siano istituite o partecipate da parte di Banche o Università; concludendo, poi, con la recente disciplina in tema di impresa sociale, comune sia alle associazioni sia alle fondazioni.

Quanto alle associazioni, con il primo testo normativo in tema di ONLUS fanno formalmente il loro ingresso nell'ordinamento giuridico le organizzazioni senza scopo di lucro, da anni

operanti ma mai fatte oggetto di specifica regolamentazione. Ciò che è importante sottolineare ai fini che ci riguardano è che questo testo normativo costituisce un cambiamento di rotta rispetto a quanto contenuto nel codice civile: l'essere ONLUS non consegue ad un elemento formale (il riconoscimento, ad esempio) ma è diretta conseguenza della finalità perseguita dall'organizzazione. Cioè, possono essere qualificate ONLUS (e godere dei benefici fiscali a ciò connessi) associazioni, comitati, fondazioni, cooperative ed alti enti, con o senza personalità giuridica, e tutte le organizzazioni che svolgono certe attività secondo certe modalità espressamente previste dalla normativa. Pur senza entrare nella specifica disciplina delle ONLUS, può precisarsi come l'importanza da esse acquisite sia dimostrata anche da recenti decisioni dell'Autorità Garante della concorrenza che ha ritenuto che le ONLUS, a specifiche condizioni, possono acquisire anche partecipazioni societarie. Il secondo intervento normativo relativo alle associazioni è il codice del consumo. Ai fini che ci riguardano questo testo è particolarmente rilevante nella parte in cui definisce e riconosce alle associazioni dei consumatori molteplici diritti a tutela degli interessi collettivi (e non, si badi bene, individuali come richiesto dai fautori delle *class action*). Anche in questo caso, pur non volendo esaminare le specifiche disposizioni, deve sottolinearsi come dal tenore di esse traspaia chiaramente come le associazioni (nello specifico dei consumatori) siano viste come strumenti di ausilio per i consociati e per l'Ordinamento per il perseguimento dei propri fini.

Non meno rilevante l'evoluzione relativa alle fondazioni, soprattutto con riguardo alle estensioni delle loro possibili finalità e dei soggetti che possono istituirle o parteciparvi. In questo senso può leggersi sia la disciplina delle fondazioni bancarie sia quella delle fondazioni universitarie. Entrambe le normative, che possono essere accomunate quanto alla *ratio*, danno la possibilità a Banche o Università di istituire (o partecipare a) fondazioni che perseguono specifiche finalità. Ancora una volta (come già visto per le associazioni), "l'istituto" della fondazione è riconosciuto quale strumento per perseguire scopi di utilità sociale e di promozione dello sviluppo economico (fondazioni bancarie) o di miglioramento delle attività di ricerca e dei servizi didattici (fondazioni universitarie). Pur considerando le discussioni giuridiche scaturite a seguito della disciplina delle fondazioni banca-

rie e, al contrario, a quanto poco sono state utilizzate le fondazioni universitarie, non può non riconoscersi l'impatto dei testi normativi appena citati sull'evoluzione sociale delle fondazioni.

L'ultimo tassello (e non solo in ordine di tempo) alla disciplina delle organizzazioni in commento è rappresentato dalla emanazione di una normativa in tema di impresa sociale. I primi commentatori del Decreto Legislativo hanno affermato come esso risponda alla primaria esigenza di restringere la netta dicotomia esistente tra gli enti del I e quelli del V libro del codice civile. In effetti, già nell'*incipit* del Decreto si legge che la qualifica di impresa sociale può essere acquisita da tutte le organizzazioni private comprese quelle, appunto, disciplinate nel V libro del codice civile, ossia le società. Prima di evidenziare altro, è bene precisare che l'impresa sociale costituisce un *nomen* che possono acquisire tutte le organizzazioni private e che si appone al *nomen* giuridico originario (che in quanto tale permane) e che consente l'utilizzo di una specifica disciplina. Ebbene, l'impresa sociale rappresenta un tassello importante per l'evoluzione delle organizzazioni in commento; infatti, sempre in estrema sintesi, può dirsi che la disciplina dell'impresa sociale consente alle società del titolo V che ne acquisiscono la qualifica di poter svolgere alcune attività in modo semplificato rispetto all'usuale e alle associazioni e fondazioni che ne acquisiscono la qualifica di poter svolgere attività di impresa. Peraltro, una brevissima digressione su una specifica disposizione fa comprendere molto sia delle finalità della normativa sia di come essa si ponga rispetto alle associazioni e fondazioni riconosciute ed a quelle non riconosciute. Infatti, quanto alla responsabilità patrimoniale (che sappiamo essere perfetta nelle associazioni riconosciute e imperfetta nelle associazioni non riconosciute) per le imprese sociali che soddisfano certi requisiti quantitativi, essa è perfetta fintantoché il patrimonio sociale non scenda di oltre un terzo rispetto a quello originario, al di sotto di questo limite diventa imperfetta.

Si è giunti al termine dell'esposizione in cui, partendo dalle lacune che l'attuale coscienza sociale poteva rinvenire nelle disposizioni contenute nel codice civile relativamente alle associazioni e alle fondazioni, sono stati esaminati alcuni testi normativi che hanno "avvicinato" la disciplina normativa al sentire sociale. In particolare, pur senza entrare nello specifico articolato normativo ma osservandone e descrivendo-

ne (ai fini del presente lavoro) la *ratio* istitutrice, ci si è soffermati: sulla L 192/00 che abrogando l'articolo 17 del codice civile ha ampliato le possibilità consentite a queste organizzazioni; sul DPR 361/00 che modificando l'articolo 12 e altri articoli del codice civile ha semplificato l'attività di queste organizzazioni; sul D.Lgs. 460/97 che codificando le ONLUS e prevedendo per esse una fiscalità agevolata ha incentivato la costituzione di questo tipo di associazioni; sul D.Lgs. 206/05 che attribuendo alcuni diritti alle associazioni dei consumatori ha ampliato le possibili attività delle associazioni; sul D.Lgs. 153/99 e sul D.M. 150/04 (fondazioni bancarie) e sulla L. 388/00 e sul D.M. 254/01 (fondazioni universitarie) che consentendo a Banche e Università di istituire e partecipare a fondazioni ha riconosciuto come esse possano costituire mezzi di raggiungimento di finalità di interesse generale; sul D.Lgs. 155/06 che disciplinando l'istituto dell'impresa sociale

ha consentito ad associazioni e fondazioni di esercitare, entro determinati limiti e finalità, l'attività di impresa.

Per concludere, seguendo lo schema tracciato in premessa al presente documento, deve dirsi che vi è da tempo un acceso dibattito avente ad oggetto la necessità di regolamentare in un *corpus* unico (sia esso all'interno del codice o nella veste di legislazione speciale) la complessa materia: considerato il rilievo che le organizzazioni in oggetto rivestono nell'Italia del 2000 e come debba essere incentivato quanto più possibile (fiscalmente, civilmente e, potrebbe dirsi, eticamente) un tipo di attività del genere, è importante che esse siano compiutamente regolamentate in modo da consentirne un'ampia flessibilità. Rettamente costituite e intese, infatti, esse possono produrre un duplice beneficio: dispensare lo Stato da attività cui, altrimenti, dovrebbe attendere; aiutare chi ne sia il beneficiario diretto.

