



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, Eugenio Gaudio

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

- 2075 **Presentazione, Luigi Frati e Giovanni Danieli**
2077 **Ricordo di Carlo Zanussi, Giovanni Danieli**
- 2078 **Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM in Odontoiatria e P.D., Manifesto di intenti, Marco Ferrari**
- 2079 **Indagine nazionale sull'insegnamento delle cure primarie nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Italo Vantini, Alfredo Carducci, Carlo Della Rocca, Andrea Lenzi**
2089 **Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia svolto in lingua inglese, Gilda Caruso, Domenico Scannicchio**
- 2091 **La formazione dei tutori per le attività didattiche professionalizzanti, Luciano Vettore**
2094 **In tema di spiritualità della Medicina. Brevi riflessioni ed una proposta, Giuseppe Familiari, Giuseppe Midiri, Luciano De Biase, Paolo Marchetti, Pietro Gallo**
- 2097 **Modelli di gestione dei laboratori professionalizzanti, Alvisa Palese, Luisa Saiani**
- 2100
a cura di Fabio Naro, Eugenio Gaudio, Amos Casti, Luisa Saiani
- 2107 **Il consenso informato quale parte integrante della prestazione sanitaria, Natale Callipari**
2111 **Selezione dei migliori futuri medici, Vito D'Andrea, Kyriacos A. Kyriacou**
- 48/2010 2113 **Semeiotica Medica e Metodologia Clinica, di Lorenzo Bonomo**
Anatomia clinica di Netter, di Franco Dammacco, Giovanni Danieli, Giuseppe Realdi



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 Aprile 2010
per i tipi della Errebi Grafiche Ripesi
in Falconara - Ancona

Presentazione

Luigi Frati, Giovanni Danieli

Carlo Zanussi non è più tra noi; apriamo il fascicolo ricordando questa straordinaria figura di Clinico e di Docente.

Proseguendo nella lodevole iniziativa intrapresa dalla Conferenza dei Presidenti di Medicina e Chirurgia, anche la Conferenza Permanente di Odontoiatria e Protesi Dentaria, per voce del suo Presidente, Marco Ferrari, ha espresso il proprio Manifesto di Intenti, un insieme di linee programmatiche da perseguire per un triennio; questo significa navigare e non "a vista" ma sapere e con certezza dove si vuole arrivare; sarà interessante fra tre anni confrontare gli intenti con i risultati ottenuti.

Lentamente ma progressivamente anche nel nostro Paese si va affermando il concetto che la formazione del medico nelle nostre facoltà, così come avviene in Europa, debba prevedere un momento formativo anche nella Medicina generale o delle cure primarie. I tempi ed i modi di realizzazione, così come lo spessore della sperimentazione, variano da sede a sede, in una eterogeneità di comportamenti al limite della confusione. Per questo motivo la Conferenza dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, attraverso un gruppo di studio coordinato da Italo Vantini, ha promosso una ricerca per conoscere lo stato di realizzazione dell'insegnamento della Medicina generale in Italia. I risultati

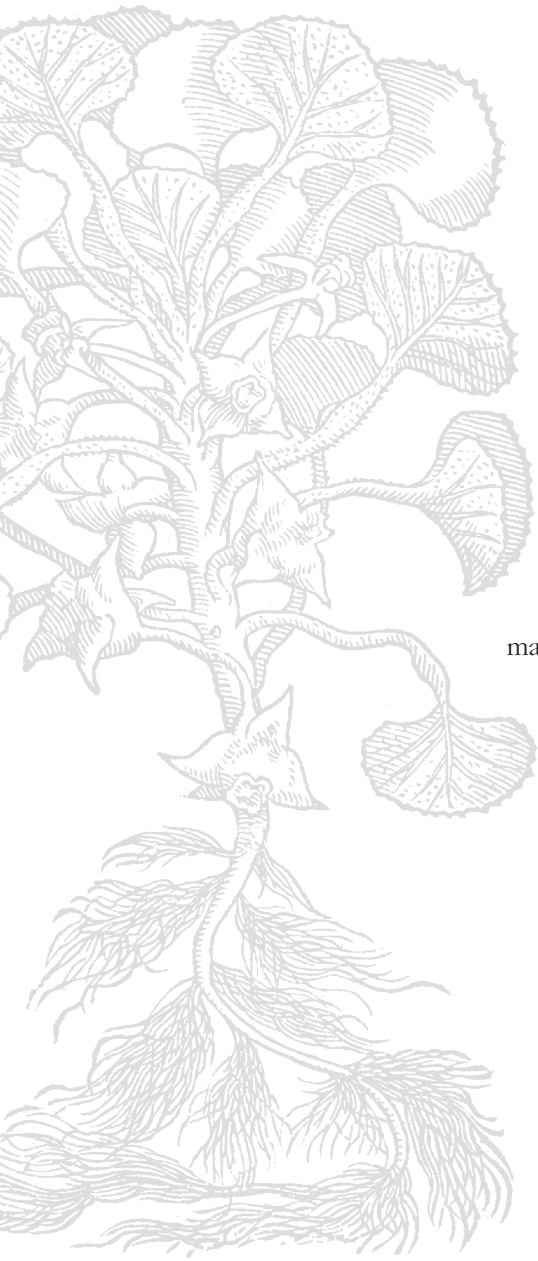
ottenuti da questa importante inchiesta permettono di identificare, attraverso la valutazione dell'esistente, alcuni principi essenziali per disegnare un percorso formativo efficiente ed omogeneo.

È al debutto anche l'istituzione di Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia in lingua inglese; l'iniziativa ha avuto quest'anno una sua piena realizzazione nell'Università di Pavia ma altre sedi sono allineate per partire con il nuovo anno accademico. I vantaggi dell'operazione, come evidenziato dall'ottimo lavoro svolto dal gruppo di studio coordinato da Gilda Caruso, vanno dal prestigio che acquisisce la sede universitaria al vantaggio "ecologico" che avrebbero i laureati esercitando in paesi stranieri. Le difficoltà sono rappresentate, a parte ed innanzitutto dalla mancanza di risorse disponibili, dal fatto che il corpo infermieristico e l'ambiente ospedaliero sono e resteranno "italiani", perdendosi il requisito della *full immersion*.

Deve essere stato Plutarco, nell'antichità, ad affermare che *"i giovani non sono vasi da riempire ma fiaccole da accendere"*; a questo principio si ispira senza dubbio la figura del moderno tutore, che piuttosto che *mettere dentro, tira fuori* dallo Studente il suo sapere, un majesta quindi che Luciano Vettore ha magistralmente descritto sottolineandone le caratteristiche essenziali ma segnalando anche l'esiguità del personale dedicato; da qui l'invito ai Presidenti ad affrontare con decisione il problema.

Medicina è prassi basata sul metodo scientifico e sui valori umani, la tecnica non è sufficiente, è necessaria l'empatia. Sul concetto di "spiritualità" in Medicina si sofferma Giuseppe Familiari, che con i suoi collaboratori sostiene la tesi che una formazione continua dal primo al sesto anno nelle Scienze Umane, peraltro già in atto in alcune sedi (Milano, Roma, Ancona) sia necessaria per fornire al futuro medico quella cultura umanistica che sarà componente essenziale ed efficace della sua professione.

La didattica pratica nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, le esercitazioni di un tempo, hanno avuto nel recente Decreto Interministeriale 19/2/2009 pieno riconoscimento tramite l'istituzione dei Laboratori professionali a cui vengono riservati tre crediti. Finalità di questi laboratori è permettere agli Studenti di acquisire le abilità manuali, gestuali e relazionali; si affiancano



alla didattica frontale e precedono il Tirocinio o Attività Formativa Professionalizzante, nei quali lo Studente applica sul campo quanto ha acquisito nei due momenti precedenti. In questo numero Alvisa Palese e Luisa Saiani, a nome della Conferenza Permanente delle Professioni Sanitarie, presentano il progetto di un Laboratorio professionalizzante, perfettamente articolato in tutte le sue componenti, valutato negli aspetti positivi e in quelli negativi, che può costituire modello nazionale di riferimento. Si auspica che la Conferenza dei Presidi esamini con molta attenzione questo progetto, così come quelli prima riferiti dell'insegnamento di Medicina generale, della *tutorship* e della "spiritualità" in Medicina perché la sua condivisione è premessa ineludibile per ogni concreta realizzazione.

Parte da questo numero la collaborazione con i Segretari del CUN e delle Conferenze Permanenti con l'obiettivo di presentare a tutti i Docenti periodicamente le attività di queste Istituzioni. In questo numero Fabio Naro presenta una sintesi delle grandi iniziative intraprese dal CUN sotto la guida di Andrea Lenzi ed Amos Casti il rendiconto dei progetti in corso di realizzazione da parte della Conferenza Permanente di Medicina e Chirurgia. Seguono poi due mozioni di grande interesse, quella della Conferenza dei Presidi relativa alle Scuole di Specializzazione, presentata da Eugenio Gaudio, e quella della Conferenza Permanente delle Professioni Sanitarie, presentata da Luisa Saiani, relativa all'applicazione in questi Corsi di Laurea del D.M 270/04. Anche quest'ultimo documento, che contiene concrete ed incisive proposte, deve essere attentamente valutato dai Presidi e auspicabilmente sostenuto nella sua applicazione nazionale.

Chiudiamo il fascicolo con due rubriche, quella delle *Lettere*, che ospita contributi di Docenti estranei alle Conferenze, la cui conoscenza merita comunque di essere diffusa e quello dei *Libri* aperto alla collaborazione di tutti i Docenti e che ha la finalità di presentare esclusivamente opere di sicuro valore didattico. Degno di attenzione, nelle Lettere, lo scritto dell'Avvocato Natale Callipari sul consenso informato, un argomento che merita riflessione e dibattito nei nostri Corsi di Laurea.

Una considerazione finale: sfogliando questo fascicolo, così ricco di idee di proposte e di progetti che da una singola sede si diffondono in tutte le Facoltà, non si può non constatare come il nostro Bollettino risponda pienamente alle sue finalità di informazione e comunicazione tra i Docenti, rappresentando uno strumento indispensabile per che tutti possano partecipare al dibattito sul rinnovamento didattico. Da qui la calda raccomandazione a tutte le Facoltà di sostenere economicamente la rivista, anche in questi momenti di ristrettezza economica.



Ricordo di Carlo Zanussi

Si definiva un “frugoniano” e l'appartenenza alla scuola prestigiosa di quel grande clinico che fu Cesare Frugoni gli derivava da una prima esperienza universitaria vissuta a Modena al seguito di un altro grande clinico, il Prof. Mario Coppo. Certamente da questi Maestri e successivamente da Guido Melli, presso cui continuò la propria formazione a Milano, gli derivarono la grande passione per la medicina e la completa adesione al metodo clinico.

Lo sorreggeva un'intelligenza eccezionale che gli consentiva di trovare la soluzione migliore per ogni problema, non solo clinico, ma anche sociale, economico, politico ed una grande cultura, medica ma non solo, perché i suoi interessi spaziavano verso le lettere, l'arte, le altre scienze.

È stato un grande personaggio, dotato di incisivo carisma: in un'epoca in cui i grandi clinici medici non scarseggiavano certo in Italia, da Bonomo a Bari a Balsano a Roma, Condorelli a Napoli, Polli nella stessa Milano per citare i primi che mi vengono alla memoria, emerse per la sua personalità poliedrica di medico e nel contempo di appassionato ricercatore.

Certo era un uomo di potere, muoveva uomini e cose, ma di un potere “edificante”; rappresentava il potere nei suoi aspetti positivi e se ne servì per costruire una grande Clinica Medica – Milano, Policlinico, Padiglione Granelli - punto di riferimento nazionale per la Medicina Interna e per la Immunologia clinica, e per formare uomini di valore, Moroni, Rugarli, Invernizzi, Del Giacco, Scorza, Meroni, Ortolani, Sabbatini, tanti altri che hanno continuato e continuano a diffondere cultura e amore per la ricerca.

Fu Presidente della Società Italiana di Immunologia e di Immunopatologia dal 1986 al 1990, succedendo a Bonomo e precedendolo nel suo secondo mandato, e chi scrive ebbe il privilegio di essere il suo Segretario; fu un momento d'oro dell'Immunologia clinica, dell'Immunologia, in quanto scienza trasversale, degli Internisti, prima che si frammentasse in più specializzazioni; erano i tempi (che non sono certo finiti) di Aldo Pinchera e Franco Dammacco, di Lorenzo Morotta e Sergio Romagnani, di Raffaella Scorza, che era la sua pupilla, e di Sergio Del Giacco, di Manlio Ferrarini e di Angelo Carbonara, di Fernando Aiuti e Felice Salsano, di Giorgio Tonietti e Mario Doria e di tanti altri che si riconoscevano in lui.

Sotto la guida del suo Presidente, la Società ebbe un grande impulso, raddoppiò il numero degli iscritti, vennero organizzati numerosi Congressi tra cui il 9° European Immunology Meeting, si diede vita ad un Bollettino che per oltre venti anni fu strumento di comunicazione e informazione fra gli Immunologi, si istituirono le Sezioni regionali che, in tempi di grande espansione delle conoscenze Immunologiche furono essenziali per divulgare e conoscere e pro-



muovere la ricerca scientifica in questo ambito; fu anche l'epoca della fondamentale collaborazione con il *National Institute of Allergy and Infectious Diseases* di Bethesda, all'epoca diretto da Tony Fauci che era suo grande amico e spesso ospite in Italia.

Amava le Marche e a Sirolo possedeva un appartamento in una casa che sovrasta il borgo antico e gode di una splendida vista sul mare, che qui è blu e racconta di leggende d'oriche.

Fu anche un *gourmet* straordinario ed amico, da buon friuliano, del vino della sua terra; prediligeva i bianchi e tra questi il sauvignon di schioppetto, diceva che era il migliore e mal capitava al ristoratore che ne fosse sprovvisto.

Faceva cenacolo: al centro della tavola e tra una portata e l'altra, tra un piatto e l'altro, distribuiva scienza, saggezza, ilarità, gusto della vita.

Addio, caro e grande Amico, ti dobbiamo molto, anche parte di quello che siamo.

Giovanni Danieli

Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM in Odontoiatria e P.D. Manifesto di intenti

Marco Ferrari (Presidente)

Il Manifesto di Intenti della Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale di Odontoiatria e Protesi Dentaria per il triennio 2009-2012 vuole sintetizzare gli obiettivi possibili da realizzare.

Questi obiettivi sono i risultati della dialettica interna alla Conferenza stessa e di quella con altre istituzioni odontoiatriche nazionali.

I titoli dei progetti

1. Programmazione del numero annuo di studenti di Odontoiatria

Molto sono le sedi che si sentono penalizzate per il numero di studenti ammessi all'a.a. 2009-10. Inoltre per molte sedi non sono stati applicati i parametri relativi al numero dei riuniti, così come non è stato tenuto conto del numero dei docenti presenti nella sede. La rielaborazione del numero degli accessi dovrebbe passare attraverso l'autocertificazione, già ampiamente raccolta, delle singole sedi che si sono impegnate a dare "numeri" sostenibili e verificabili.

2. Programma "in site visits"

Attraverso l'autocertificazione delle singole sedi, si è completata la prima fase del 'Programma in site visits'. Questo programma basato sulla "volontarietà" ed approvato all'unanimità dalla Conferenza, vuole implementare l'attività di valutazione e di accreditamento identificando le eccellenze e creandone una mappa anche al fine della formazione dei docenti delle sedi. Sono già state programmate dieci *site visits* nei primi nove mesi dell'anno, ed il programma si completerà in un triennio.

3. Implementazione su scala nazionale del nuovo corso di laurea a sei anni

Si deve tener presente che il numero programmato impone che i nostri studenti lavorino almeno dal 5° anno (ma già nel corso a cinque anni) come primi operatori alla poltrona; alcune sedi hanno già implementato questi percorsi; quindi dove necessario la Conferenza dovrà stimolare ed aiutare le singole sedi ad ottemperare a questa necessità didattica.

4. Collaborazione con la Giunta didattica per la stesura dei core curricula ed il loro inserimento nell'attività teorico-pratica del nostro piano di studi

La collaborazione con la Giunta didattica ed eventuali altre commissioni del Collegio dei Docenti di Odontoiatria che lavorino su argomenti comuni, dovranno trovare la Conferenza sempre disponibile a dare il proprio contributo così da instaurare una stretta

e fattiva collaborazione nella preparazione del core curricula del corso di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria.

5. Collaborazione con le altre Istituzioni

La Conferenza ha necessità di una continua presenza nelle riunioni ove si parli e si discuta di odontoiatria; quindi si vogliono creare contatti stretti e continui con Ministeri, Conferenza dei Presidi di Medicina e Chirurgia, Conferenza dei Presidenti di Corso di laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, CAO, Associazioni sindacali del settore, etc.

6. Interfaciarsi con le realtà della Sanità delle singole regioni per ottenere e un'adeguata collocazione dell'odontoiatria universitaria

Questo aspetto può rappresentare una plusvalenza per il Sistema Sanitario Nazionale; comunque si sa bene come tra le nostre regioni vi siano differenze "comportamentali" importanti nei Sistemi Sanitari Regionali. Ci si dovrà calare nelle singole realtà regionali, lavorando con gruppi di sedi universitarie della stessa regione, aiutandole a coordinarsi ed ad interagire con i vari Assessorati alla sanità.

7. Progetto di internazionalizzazione

Mettere a punto iniziative che permettano una proiezione internazionale della Conferenza, con particolare riferimento all'interazione con l'Unione Europea anche attraverso una costante presenza e collaborazione con l'ADEE, implementando l'internazionalizzazione del nostro corso formativo e magari anche progettando per il prossimo futuro corsi di laurea in lingua inglese.

8. Rapporti con le associazioni studentesche di area odontoiatrica

Si vuole collaborare con le associazioni studentesche così da poter recepire i loro bisogni didattici, e sviluppare iniziative per far emergere possibili "vocazioni alla ricerca" e creare vasi comunicanti con attività formative post-laurea, sia a livello di Scuole di Specializzazione, sia di Scuole di Dottorato sia di Masters.

Questo programma del Manifesto vuole sviluppare i progetti sopra esposti relativi a qualità, valutazione, innovazione, eccellenza in una visione idonea a rendere importante e profonda l'azione della Conferenza, migliorando i rapporti con le Istituzioni, ed ad incrementare il suo ruolo nazionale ed internazionale così da accrescere la qualità dell'Odontoiatra prodotto dai nostri Corsi di laurea.

Indagine nazionale sull'insegnamento delle cure primarie nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

Italo Vantini (Verona), Alfredo Carducci (Messina), Carlo Della Rocca (Roma, La Sapienza),
Andrea Lenzi (Roma, La Sapienza)

La formazione dello studente in medicina prevede in molti paesi insegnamento ed esperienze nell'ambito delle cure primarie. In alcuni contesti ciò costituisce una componente rilevante del processo formativo, ed appare o rmai consolidato il suo peso nell'educazione medica primaria.

Nel nostro Paese sono già presenti ed operanti alcune importanti esperienze e sperimentazioni in questo campo. Inoltre, il nuovo ordinamento del Corso di Laurea magistrale in medicina e chirurgia prevede espressamente che le cure primarie, ed il loro contesto, costituiscano una delle componenti non rinunciabili del processo formativo.

La Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ha chiaramente e ripetutamente espresso il proprio interesse e dimostrata particolare sensibilità nei confronti di questo specifico aspetto della formazione del laureato in medicina. Ha ritenuto di promuoverla anche attraverso un'indagine nazionale sull'insegnamento della *primary care*, con lo scopo di far luce sul punto sullo stato attuale dell'insegnamento e delle esperienze che sono state finora realizzate nei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia. Nel momento dell'attivazione del Nuovo Ordinamento (ex DM 270/04), a partire dall'anno accademico 2009/10, si è quindi voluto rilevare quale sia lo stato di realizzazione nel piano didattico e dell'organizzazione e pianificazione dell'insegnamento/apprendimento, e soprattutto delle attività di didattica pratica nell'ambito della Medicina Generale e delle Cure Primarie.

Metodologia dell'inchiesta

L'indagine, condotta tra il novembre 2009 ed il marzo 2010, è stata indirizzata a tutti i 45 Corsi di Laurea in Medicina (CLM), dei quali 44 (97.8%) hanno aderito (Tab. 1)

Il questionario propone 63 domande a risposta singola o multipla, 23 riquadri per annotazioni, commenti ed inserimento di tabelle, documenti e dati da parte del

Bari	Pavia
Bologna	Perugia
Brescia	Piemonte orientale
Cagliari	Pisa
Catania	Politecnico delle Marche
Catanzaro	Roma Campus Biomedico
Chieti	Roma Cattolica
Ferrara	Roma Sapienza A
Firenze	Roma Sapienza B
Foggia	Roma Sapienza C
Genova	Roma Sapienza D
Insubria	Roma Sapienza E - Pontino
L'Aquila	Roma Sapienza II Facoltà
Messina	Roma Tor Vergata
Milano Bicocca	Sassari
Milano Statale	Sienna
Milano San Raffaele	Torino
Modena - Reggio E.	Torino San Luigi
Napoli Federico II	Trieste
Napoli SUN	Udine
Napoli Caserta	Verona
Padova	
Parma	

Tab. 1 - Corsi di Laurea che hanno partecipato all'inchiesta.

compilatore (ad esempio documenti del Corso di Laurea, schemi organizzativi, elenco di obiettivi didattici, modelli di convenzioni, etc).

I quesiti sono pertinenti ad aspetti:

- istitutivi;
- relativi alla stipula di convenzioni ed ai soggetti della convenzione;
- di tipologia di personale docente/tutor universitario e non universitario (es. medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, personale medico dei distretti, etc.);
- le modalità di inserimento e all'interno del curriculum di queste attività (Corsi integrati, settori scientifico-disciplinari, denominazione dei corsi, collocazione nel percorso formativo dello studente, etc.);
- organizzazione e tipologia delle attività didattiche;
- modalità e criteri di nomina e reclutamento del personale docente/tutor non universitario;
- strumenti di riconoscimento/remunerazione per il personale non universitario coinvolto nelle attività didattiche;
- compiti didattici assegnati al personale non universitario;
- obiettivi didattici;
- tipologia, metodi e strumenti di apprendimento/insegnamento;
- la o le sedi ove viene svolta l'attività didattica pratica;
- le modalità di valutazione;
- le motivazioni, l'impegno, il gradimento per le attività svolte dai docenti/tutor;
- il giudizio dei discenti sulle varie tipologie di attività didattica svolta;
- le criticità incontrate;
- il giudizio sulle esperienze finora realizzate;
- lo stato di avanzamento dell'attivazione della didattica relativa alle cure primarie con il nuovo ordinamento (DM 270/04).

Il questionario è stato strutturato in due parti. 1- la prima parte riguarda ciò che è già stato realizzato e/o ciò che storicamente è già attivo con il "vecchio" ordinamento, 2- nella seconda parte è riportato quanto è previsto con il nuovo ordinamento, sia pure in varie fasi di realizzazione.

Il questionario quindi prevede, per i dati relativi al nuovo ordinamento, diverse possibilità, consentendo di essere reimpiegato anche in futuro per verificare la realizzazione dell'insegnamento nell'ambito delle cure primarie (Tab. 2).

<ul style="list-style-type: none"> • Non ancora programmata: non identificazione nel Piano didattico • Programmata: presenza solo formale nel piano didattico, con CFU, corsi integrati, attività pratiche. Non attivate convenzioni, logistica, etc 	<ul style="list-style-type: none"> • Pianificata: non realizzata in concreto, ma pronta per esserlo (convenzioni, logistica, valutazione, etc) • Realizzata: già in attività concreta, anche se limitatamente alla parte già attivate con il nuovo ordinamento
--	--

Tab. 2 - Stato di realizzazione dell'insegnamento di cure primarie con il nuovo ordinamento (DM 270/04).

Stato di attivazione dell'insegnamento di cure primarie

Complessivamente, una quota maggioritaria di CLM (33/44: 75%) ha già attivato anche in passato una qualche forma di insegnamento/apprendimento nelle cure primarie o – comunque – ha fruito di strutture e di professionalità presenti nel territorio, in particolare della Medicina Generale (Tab. 3)

La maggior parte dei CLM ha quindi inserito formalmente nel proprio Piano didattico un'attività di *primary care* o comunque sul territorio, rendendola obbligatoria –per il momento- in 29/44 CLM (65.9%), mentre essa rimane elettiva in 8 (18.2%) e non inserita formalmente nel piano didattico in 5 atenei (13.6%).

Complessivamente, lo stato di realizzazione delle attività di *primary care* con il nuovo ordinamento (a partire dall'anno accademico 2009/10 da tutti i CLM salvo uno, ed attivato in modo non uniforme tra i vari Atenei) appare decisamente di forme, per questioni inerenti aspetti organizzativi, di risorse, di pregressa esperienza o meno, ma anche di differenti modalità e cadenze di

attivazione dell'ordinamento stesso (Tab. 4).

Lo stato di avanzamento della realizzazione appare in realtà un po' più complesso ed articolato di quanto possa apparire dalla tabella.

Alcuni aspetti dell'organizzazione risultano pianificati o programmati, mentre altri – nel medesimo CLM – attendono ancora di essere organizzati. Analogamente, anche presso sedi nella quali le attività sono da considerarsi realizzate, alcuni aspetti, come ad esempio quello della valutazione, non possono ancora concretizzarsi in quanto il nuovo ordinamento è stato attivato da meno di un anno.

Emerge pertanto una situazione diversificata ed in evoluzione. È prevedibile che nella maggior parte dei CLM, dove non è stata ancora programmata un'attività didattica di *primary care*, essa lo diventi a breve, anche considerando il fatto che in numerosi di essi esiste già una buona esperienza storica in proposito.

Organizzazione ed obiettivi didattici

I CLM nei quali si sia storicamente concretizzata una

	Attività obbligatoria	Solo come attività elettiva	Attività obbligatoria + offerta elettiva	Non attivato
Vecchio ordinamento	Bari Bologna Cagliari Catania Chieti Ferrara Firenze Foggia L'Aquila Messina Milano Bicocca Milano San Raffaele Napoli SUN Roma Sapienza I Fac Roma Sapienza II Fac Roma Cattolica Torino S.Luigi Udine	Genova Insubria Magna Grecia Napoli Fed II Padova Pavia Perugia Piemonte Orientale Roma Sapienza A Roma Sapienza B Trieste	Milano Statale Modena- Reggio E. Roma Sapienza E Roma sapienza II Fac.	Brescia Napoli II Caserta Parma Pisa Politecnico delle Marche Roma Campus Sassari Verona
Nuovo Ordinamento 270/04	Bari Bologna Brescia Cagliari Catania Chieti Ferrara Firenze Foggia L'Aquila Messina Milano Bicocca Milano San Raffaele Modena-Reggio E. Napoli II Caserta Napoli SUN Parma Pisa Roma Campus Roma Cattolica Roma Sapienza E Roma Tor Vergata Torino S.Luigi Udine Verona	Pavia Piemonte Orientale Roma Sapienza A Roma Sapienza B Roma Sapienza C Roma Sapienza D Siena Trieste	Genova Magna Grecia Milano Statale Roma Sapienza II Fac.	Insubria Padova Perugia Sassari Torino

Tab. 3 - Stato di attivazione dell'insegnamento/apprendimento nell'ambito delle cure primarie con il vecchio ordinamento e con il nuovo ordinamento (ex DM 270/04) nei vari Atenei.

Non ancora programmata (11/44:25%)	Programmata (12/44:27.3%)	Pianificata (11/44:25%)	Realizzata (8/44:18.2%)
Bologna Brescia Insubria Napoli SUN Pavia Perugia Piemonte Orientale Politecnico delle Marche Roma Cattolica Siena Torino Trieste	Chieti Genova Magna Grecia Napoli Fed II Napoli II Caserta Padova Pisa Roma Sapienza B Roma Tor Vergata Torino San Luigi Udine Verona	Bari Cagliari Catania Ferrara Foggia L'Aquila Milano San Raffaele Modena-Reggio E. Parma Roma Campus Roma Tor Vergata	Firenze Milano Bicocca Milano Statale Roma Sapienza A Roma Sapienza C Roma Sapienza D Roma Sapienza E Roma Sapienza II Fac.

Tab. 4 - Stato di realizzazione delle attività formative di primary care con il nuovo ordinamento (ex DM 270/04).

sostanziosa attività formativa, anche di tipo pratico sul territorio, in particolare nell'ambito della Medicina Generale, documentata da una dettagliata organizzazione logistica, e da obiettivi didattici ben descritti ed esaustivi, costituiscono una quota in realtà minoritaria dei corsi di laurea.

Il questionario rende maggiormente trasparenti diversità qualitative e quantitative di esperienze pregresse nell'ambito delle cure primarie e della medicina del territorio, attraverso ben visibili differenze nella capacità di produrre un'esauriente ed articolata documentazione sia organizzativa che didattica (Tab. 5).

Nonostante l'elevata percentuale di CLM che hanno realizzato un qualche tipo di esperienza di insegnamento nelle cure primarie, la documentazione di una strutturazione concreta di un disegno didattico-formativo articolato sembra riguardare una quota meno consistente di Corsi di laurea.

Una migliore descrizione dell'organizzazione didattica, degli obiettivi formativi e complessivamente dell'intero progetto formativo-educativo rappresenta un concreto ed importante obiettivo da perseguire in un prossimo futuro.

L'organizzazione predominante è data da un modello piuttosto comune (anche se con complessità ed arti-

colazioni differenti tra le sedi) che prevede la combinazione di un limitato gruppo di lezioni frontali e/o seminari *ad hoc* (tenuti da personale universitario e da Medici di Medicina Generale) nell'ambito di svariati Corsi Integrati e da una parte maggioritaria, mediamente della durata di 7-15 giorni, di frequenza presso strutture territoriali, per lo più l'ambulatorio del medico di medicina generale.

In 8 CLM è prevista una differenziazione dell'attività formativa, spalmata su più anni di corso e cadenzata da obiettivi ed esperienze diversificate. In 4 CLM nei quali questa attività didattica è obbligatoria per tutti gli studenti (Modena-Reggio, Milano Bicocca, Roma Sapienza II Facoltà, Verona) è previsto anche un *early clinical contact*, entro i primi due-tre anni di corso.

In linea generale, nei primi tre anni di corso gli obiettivi sono dedicati soprattutto a relazioni, alla comunicazione, all'approccio bio-psico-sociale alla salute ed alla sofferenza, alla consapevolezza della rilevanza del contesto entro cui medico e medicina agiscono. La parte più avanzata, al 4° e soprattutto nel 5°-6° anno, trova obiettivi di approfondimento della realtà medica nel territorio e nei bisogni di salute più specifici, del ventaglio di opportunità di intervento nel territorio e a domicilio, del ruolo dei vari nodi della rete assistenziale,

Organizzazione didattica specifica	CLM che hanno prodotto documentazione di un'organizzazione complessa e molto articolata delle attività	CLM che hanno prodotto documentazione organizzativa schematica (o sintetica)	CLM che hanno fornito dati di minima sull'organizzazione delle attività didattiche
	Bari Modena-Reggio E. Torino San Luigi Gonzaga Udine	Ferrara Firenze Foggia Genova L'Aquila Messina Perugia Siena Roma Sapienza II Fac Roma Tor Vergata Verona	Insubria Milano San Raffaele Roma Cattolica Roma Sapienza A Roma Sapienza B Roma Sapienza E
Obiettivi didattici	CLM che hanno prodotto documentazione di obiettivi didattici specifici ed articolati	CLM che hanno prodotto documentazione più schematica, ma dettagliata, di obiettivi didattici	CLM che hanno elencato genericamente degli obiettivi didattici
	Bari Modena-Reggio E. Udine Roma Sapienza II Facoltà	Genova Firenze Perugia Torino San Luigi Gonzaga Siena Verona	Napoli Federico II Napoli SUN Padova Roma Cattolica Roma Sapienza B Roma Sapienza E

Tab. 5 - CLM che hanno formalizzato, in misura variabile, l'organizzazione dell'insegnamento/apprendimento nelle cure primarie ed i relativi obiettivi didattici.

della prevenzione, della continuità delle cure, ma anche l'acquisizione o l'affinamento di abilità cliniche e relazionali.

Gli obiettivi didattici, elencati nella Tab. 6 come sommatoria di quelli globalmente dichiarati dai vari CLM, riguardano numerosi aspetti dell'educazione medica, da quelli professionali a quelli relazionali, dallo sviluppo di abilità tecniche a quelle relazionali, dalla conoscenza di contesti diversificati alla continuità delle cure, dall'acquisizione di differenti concetti di salute e di malattia all'organizzazione dell'assistenza territoriale, etc.

Sedi, strutture e figure professionali non universitarie per l'attività formativa

Le sedi nelle quali l'attività didattica pratica viene svolta sono riportate nella Fig. 1.

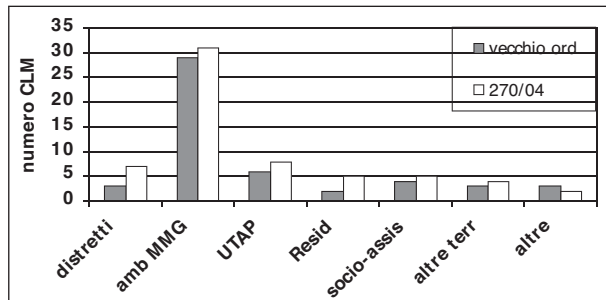


Fig. 1 - Strutture territoriali sede di attività didattica pratica.

L'Ambulatorio di Medicina Generale, sia come studio del singolo medico di famiglia che sotto altre forme organizzative (es: Unità Territoriali di Cure Primarie: UTAP), è utilizzato (o programmato per essere utilizzato) in 34/44 (77.3%) corsi di laurea. Altre strutture territoriali sono decisamente meno utilizzate, così come le relative professionalità (Medici di distretti socio-sanitari, di residenze sanitarie assistite, altre professionalità di strutture socio-sanitarie).

In 8 CLM, oltre all'ambulatorio di Medicina Generale, sono utilizzate anche altre strutture presso le quali lo studente svolge una parte -in genere di limitata durata- di attività pratica (Catania, Modena-Reggio E., Milano Bicocca, Roma Sapienza A, Roma Sapienza E, Piemonte Orientale, Siena, Torino San Luigi Gonzaga, Verona). In 5 CLM (Bari, Catania, Firenze, Milano Bicocca, Udine) lo studente frequenta (anche) l'ambulatorio del Pediatra

- il setting della medicina generale
- il lavoro del medico di medicina generale
- gli strumenti della medicina generale
- l'attenzione alle e l'utilizzo delle risorse
- l'anamnesi e l'esame obiettivo per problemi
- la gestione delle patologie ambulatoriali più comuni
- il decision making in un ambito ed in un tempo definiti
- i bisogni di specifiche età
- i contesti problematici
- l'assistito e la famiglia
- la cura del paziente a domicilio
- il prendersi cura
- l'integrazione ospedale/territorio
- la molteplicità e la complessità culturali
- La compliance

di libera scelta.

A queste sedi corrispondono specifiche professionalità che sono coinvolte nelle attività formative (Fig. 2).

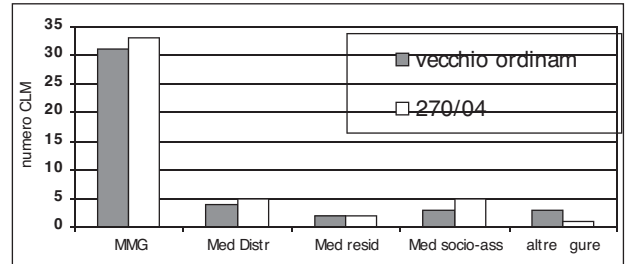


Fig. 2 - Figure professionali non universitarie coinvolte nell'attività didattica pratica.

La figura professionale di gran lunga più coinvolta direttamente nelle attività didattiche, sia in quelle tutoriali presso il proprio ambulatorio, che in quelle seminariali e, in misura minore, in quelle di docenza, è il Medico di Medicina Generale, coinvolto in quasi l'80% dei corsi di laurea.

Compiti e funzioni didattiche

A questo personale medico non universitario sono attribuite funzioni docenti diversificate: da quelle di tutor delle attività pratiche, alla partecipazione a seminari, fino alla attribuzione di funzioni docenti come professore a contratto. Lo scenario è piuttosto variegato e risente sia dell'organizzazione dell'insieme delle attività formative che di problematiche locali e/o dello stato di avanzamento della realizzazione del progetto formativo in cure primarie con il nuovo ordinamento (Fig. 3).

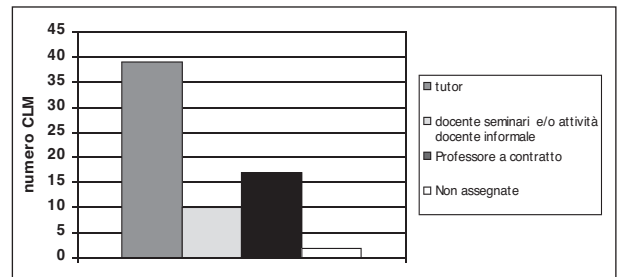


Fig. 3 - Compiti didattici assegnati al personale medico non universitario.

- Le cure domiciliari e le opportunità della rete assistenziale
- La continuità delle cure
- La presa in carico
- La cronicità e le disabilità
- La fragilità
- La prevenzione e la promozione della salute
- L'ambiente in cui vive il paziente
- La rete assistenziale e le varie strutture
- L'approccio olistico alla persona
- Disease e illness
- L'attenzione al benessere psico-fisico
- La relazione e la comunicazione con il paziente ed i congiunti
- La medicina generale come risorsa per la ricerca

Tab. 6 - Principali obiettivi didattici (semplificati e sintetizzati) nella formazione dello studente nell'ambito delle cure primarie e della medicina del territorio.

Nell'86.6% dei CLM è attribuita una funzione di *tutor* al personale medico, in genere medici di medicina generale, nel 38.6% il titolo ed i compiti di professore a contratto (incaricato di tenere un numero contenuto di lezioni frontali assieme a docenti universitari) e nel 22.7% dei CLM è prevista un'attività docente nell'ambito di seminari o nel contesto di altre forme di insegnamento, ma entrambe a carattere informale.

Il numero dei professori a contratto è molto contenuto (da uno a tre al massimo) ed attribuito ai medici di medicina generale nella maggior parte dei casi. In genere il conferimento del compito didattico è a titolo gratuito.

Reclutamento dei docenti e dei tutor non universitari e riconoscimento dell'attività svolta

Dei 26/44 CLM che hanno fornito informazioni sulle modalità di identificazione (con relativi criteri), reclutamento e nomina del personale medico non universitario con compiti didattici, in 13 CLM l'Ordine dei Medici interviene come istituzione direttamente coinvolta (in alcune sedi è prevista una Commissione paritetica con l'Università); in 2 CLM (Ferrara, Torino San Luigi Gonzaga) il reclutamento e la nomina avvengono da parte della ASL di riferimento, negli altri 10 CLM ciò è effettuato principalmente dal Corso di Laurea in Medicina e/o dall'Università, eventualmente adottando criteri di selezione o rapporti interpersonali consolidati.

In un singolo caso (Milano Bicocca) il rapporto del Corso di Laurea per il reclutamento è tenuto con un'associazione di Medici operanti nell'ambito della medicina generale e della pediatria di libera scelta. In quasi tutti i CLM la scelta segue criteri di qualità professionale, di esperienza formativa, di appartenenza ad organizzazioni scientifiche di medicina generale od alla Scuola Regionale di Formazione in Medicina Generale, ma anche criteri logistici, di disponibilità e qualità di spazi.

Questi criteri sono valutati, nella maggior parte dei CLM, dall'Ordine dei Medici che svolge un ruolo primario o dalle suddette associazioni e società. La ratifica avviene da parte di Commissioni paritetiche *ad hoc* o dal Consiglio di Corso di Laurea e/o dall'Università.

Il riconoscimento dell'attività svolta dal personale medico non universitario costituisce uno dei punti di criticità, in assenza di una specifica normativa, ma anche per rigidità da parte di vari soggetti. In ogni caso, nella maggior parte si tratta di compiti svolti a

titolo gratuito, anche se una stretta minoranza di CLM (L'Aquila, Torino San Luigi Gonzaga) prevedono una forma di retribuzione pecuniaria, mentre in tre CLM è prevista l'attribuzione di punti ECM regionali o assegnati dal locale Ordine dei Medici.

Convenzioni

Le attività di medicina sul territorio, di medicina generale e di cure primarie è per lo più regolata da convenzioni tra due o più soggetti.

Il quadro complessivo è assai variegato e risente soprattutto di fattori favoriti, o di vincoli o di veri e propri ostacoli locali. In genere, il soggetto maggiormente presente negli atti convenzionali è l'Ordine dei Medici della provincia o delle province coinvolte nell'attività didattica.

La maggior parte delle Convenzioni (18: 40.9%) è stipulata tra due soggetti, ma alcune prevedono un convenzionamento tra tre (16: 36.3%) od anche quattro (7: 15.9%) soggetti diversi.

Con il vecchio ordinamento, 10 CLM non si erano dotati di alcuna convenzione, ma si tratta di CLM nei quali le attività sul territorio mancavano od erano limitate ad attività didattiche elettive od organizzate con insegnamento solo frontale o seminariale.

La Tab. 7 riporta la differente tipologia di convenzioni stipulate dai CLM, sommando quelle stipulate con il vecchio e con il nuovo ordinamento (quest'ultimo in differenti fasi di realizzazione)

È di gran lunga predominante il convenzionamento con gli Ordini dei Medici ed un'estensione della Convenzione per l'esame di abilitazione professionale (i cui contraenti sono peraltro lo stesso Ordine dei Medici e la Regione) è utilizzata da almeno quattro CLM.

Come si potrà rilevare in seguito, la stipula di convenzioni rappresenta uno degli elementi di qualificazione, ma anche di criticità della strutturazione di un disegno formativo nelle cure primarie.

Collocazione curricolare

La collocazione curricolare delle attività didattiche è variabile, ma si concentra soprattutto nel 5° e nel 6° anno di corso. In alcuni CLM queste attività sono spalmate su tutto o quasi il percorso formativo (Pavia, Roma Sapienza II Facoltà, Trieste) ed in alcune è previ-

Soggetti contraenti le convenzioni (oltre all'Università)	Numero
Ordine dei Medici	15
ASL	3
Scuola Regionale di Medicina Generale	1
Ordine dei Medici + Regione	4
Estensione della Convenzione per l'esame di stato (OM + Regione)	5
ASL + SIMMG	1
Ordine dei Medici + Scuola Regionale di Medicina Generale	1
Ordine dei Medici + FIMMG	3
Ordine dei Medici + ASL	3
Ordine dei Medici + Regione + ASL	2
Ordine dei Medici + Regione + Scuola di Medicina Generale	1
Ordine dei Medici + ASL + Scuola di Medicina generale	1
Ordine dei Medici + Regione + FIMMG	2
Con associazione di Medici	1

Tab. 7 - Tipologia di convenzioni stipulate per la didattica di cure primarie e nel territorio.

sto un *early clinical contact* entro il 3° anno di corso (Modena-Reggio E., Napoli Federico II, Perugia, Roma Sapienza D, Verona) (Fig. 4).

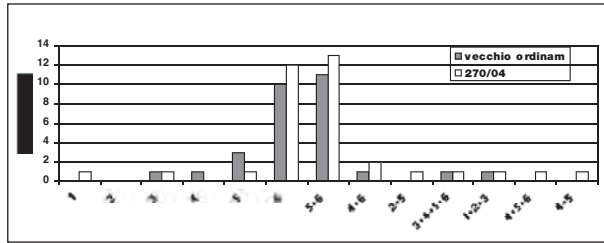


Fig. 4 - Collocazione curricular e delle attività didattiche di primary care nel CLM nei quali questa attività didattica è obbligatoria.

Crediti formativi, corsi integrati, Settori Scientifico Disciplinari (SSD)

Anche per questi aspetti è emersa una notevole difformità tra i vari CLM. I CFU attribuiti variano da un minimo di 0.5 di Siena ai 10 a Modena-Reggio.

Complessivamente, l'impegno per lo studente corrisponde a circa 25-30 ore con il vecchio ordinamento e a 25-50 ore con il nuovo ordinamento.

Anche i Corsi Integrati nei quali sono inserite (ma non in tutti i CLM) variano molto da sede a sede (Tab. 9).

Nella maggior parte dei casi, si tratta del Corso Integrato di Medicina Interna (o di Clinica Medica), seguito da Igiene e sanità pubblica. In alcuni CLM sono

Corsi Integrati con strutturazione e denominazione "ad hoc"	
• Medicina interna e geriatria	- Medicina del territorio
• Clinica medica	- Medicina preventiva e del territorio
• Igiene e sanità pubblica	- Medicina generale e cure primarie
• Clinica chirurgica	- Medicina e Società
• Pediatria	- Medicina pratica
• Metodologia clinica	- Scienze propedeutiche alla professione medica
• Emergenze medico-chirurgiche	- Metodologia medico-scientifica e scienze umane
	- Nessun corso integrato

Tab. 9 - Corsi Integrati nei quali è inserita l'attività formativa di primary care.

stati creati dei Corsi *ad hoc*, comprendenti le attività didattiche frontali e pratiche (in genere i CFU sono trattati dai 60 CFU professionalizzanti), con denominazioni varie, ma per lo più esplicite.

Contribuiscono, sul versante della docenza universitaria, numerosi SSD all'insegnamento (per lo più nella sua componente frontale e seminariale), numerosi ed in parte anche eterogenei SSD. Pur non disponendosi di dati quantitativi, è presumibile che ciò derivi sia dalla disponibilità dei docenti che dall'impostazione didattica che ogni CLM attribuisce a questa attività formativa. Va rilevato che spesso più SSD contribuiscono all'insegnamento, con maggior prevalenza per l'accoppiata medicina interna ed igiene e sanità pubblica (Tab. 10).

Emergono sia l'elevata prevalenza della Medicina Interna (74.4% dei corsi) ed una buona presenza dell'Igiene e sanità pubblica (37.2%), oltre che della

Corsi di laurea	0.5-1.5 CFU	2 CFU	3 CFU	5-6 CFU	8-10 CFU
Bari				X	
Bologna			X		
Cagliari				X	
Catania		X			
Chieti				X	
Ferrara		X			
Firenze			X		
Genova			X		
Insubria	X				
L'Aquila			X		
Magna Grecia					X
Messina			X		
Milano Bicocca				X	
Modena-Reggio E.					X
Napoli Fed II		X			
Napoli SUN		X			
Piemonte Orient.		X			
Pavia	X				
Perugia			X		
Roma Sap A		X			
Roma Sap B		X			
Roma Sap E		X			
Roma Sap C	X				
Roma II Fac		X			
Roma Cattolica	X				
Siena	X				
Torino			3		
Torino San Luigi					X
Trieste	X				
Verona			X		

Tab. 8 - Crediti Formativi (CFU) attribuiti alle attività di primary care dai vari corsi di laurea che hanno indicato questo dato.

• Medicina Interna (27)	32	• Bioetica	1
• Igiene e Med Pub (10)	16	• Sociologia	1
• Chirurgia generale (5)	10	• Antropologia	1
• Pediatria (6)	8	- Altri	
• Psicologia medica (2)	3	- Terapia medica	
• Psichiatria (2)	2	- Genetica medica	
• Psicologia Medica	2	- Medicina legale	
• Statistica medica (2)		- Medicina dello sport	
• Nessun SSD (7)	4	- Farmacologia	
		- Anestesiologia	
		- Specialità mediche	

Tab. 10 - Settori Scientifico-Disciplinari (SSD) che partecipano e contribuiscono all'insegnamento nell'ambito della primary care (tra parentesi: vecchio ordinamento).

Pediatria, ma anche della Chirurgia Generale che è rappresentata in circa un quarto dei CLM, sia accompagnando altri SSD, come Medicina Interna e/o Igiene, sia -in alcuni casi- nell'ambito di una particolare interpretazione della medicina del territorio anche come sviluppo delle abilità di intervento in condizioni di emergenza, giustificata in un caso anche dalla presenza dell'anestesia-rianimazione. Interessante la presenza di discipline come la bioetica, la sociologia e l'antropologia, a sottolineare gli aspetti umanistici e sociologici che sono particolarmente rilevanti nella medicina nel territorio e, in generale, nel contesto delle cure primarie.

Interesse, gradimento, valutazione

Una parte del questionario è dedicata a rilevare, in modo qualitativo, quale sia il grado di motivazione, di interesse dei soggetti non appartenenti alle Università nei confronti dell'esperienza vissuta con l'insegnamento ed il tutorato, ma anche quale sia stata la percezione di gradimento da parte dei discenti nei confronti della formazione nell'ambito delle cure primarie, ma anche verso specifici aspetti o momenti del percorso formativo.

In linea generale, viene segnalata una forte motivazione da parte dei docenti/tutori, la positività complessiva dell'esperienza formativa percepita dai CLM, così come un elevato gradimento da parte dei discenti. Tuttavia, non mancano giudizi meno positivi sull'esperienza effettuata, che però si concentrano soprattutto nelle sedi nelle quali l'attività non è obbligatoria e/o si svolge essenzialmente mediante strumenti frontali e non pratici o contestualizzati o, infine, se non è presente un'attività presso l'ambulatorio di medicina generale.

È questo il caso dei CLM di Ferrara (frequenza presso strutture territoriali e non presso l'ambulatorio di medicina generale), di Napoli Federico II e Roma Sapienza B dove le attività erano solo elettive, mentre l'esperienza viene percepita come appena sufficiente.

CLM	poco soddisfacente /scarso	sufficiente	buono	molto buono entusiasmante
Bari				x
Bologna				x
Cagliari				x
Catania				x
Chieti			x	
Ferrara	x			
Firenze				x
Foggia			x	
Genova				x
Insubria				x
L'Aquila				x
Magna Grecia		x		
Messina				x
Milano Bicocca				x
Milano San Raffaele			x	
Milano Statale			x	
Modena-Reggio E.				x
Napoli Federico II	x			
Napoli SUN		x		
Padova			x	
Piemonte Orientale		x		
Pavia			x	
Perugia x				
Roma Cattolica			x	
Roma Sapienza A			x	
Roma Sapienza B	x			
Roma Sapienza C		x		
Roma Sapienza D			x	
Roma Sapienza E				x
Roma II Facoltà				x
Siena			x	
Torino			x	
Torino San Luigi				x
Trieste			x	
Udine				x

Tab. 11 - Giudizio dei CLM sulla propria esperienza nell'insegnamento in primary care.

ciente da CLM di Catanzaro (Magna Grecia), di Napoli SUN, del Piemonte Orientale e di Roma Sapienza B (Tab. 11)

La maggior parte dei CLM ha percepito un interesse e coinvolgimento elevato o molto elevato da parte degli studenti per questo tipo di attività didattica (Figura 5).

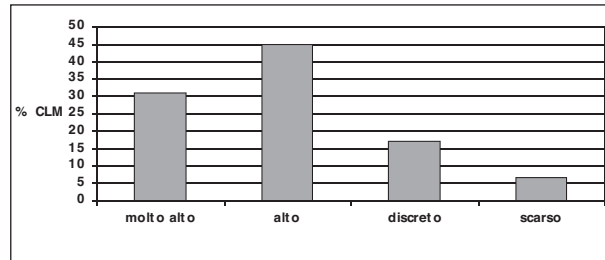


Fig. 5 - Grado di interesse percepito dai CLM sul gradimento/interesse degli studenti per le attività formative di primary care (30/43 CLM hanno dato risposta al quesito).

Quasi la metà dei CLM percepisce che vi sia un interesse alto e quasi un terzo molto alto per le attività di primary care da parte dei discenti, a sottolineare come essa susciti un forte coinvolgimento personale degli studenti.

Tra le varie sedi ed opportunità formative, viene percepito dai CLM che hanno già avuto esperienza piuttosto consolidata in quest'ambito che gli studenti esprimono loro il maggior gradimento all'esperienza vissuta presso l'ambulatorio del Medico di medicina generale (Tabella 12).

Ciò rappresenta un'inoppugnabile dimostrazione di

quale sia la sede formativa di gran lunga più gradita e l'esperienza che ha più interessato i discenti è stata quella del contatto, sia pur breve, con la realtà del setting della medicina generale e del Medico di Famiglia.

Ciò induce a ritenere che la relazione fra docente/tutor e discente deve essere stata quanto meno buona e che i Medici di Medicina Generale si siano sentiti a loro volta coinvolti e motivati, ma siano stati anche capaci di rispondere positivamente ad un compito formativo per numerosi aspetti a carattere innovativo, come suggerito dal grado di impegno/motivazione/interesse dimostrato dal personale medico non universitario coinvolto in questa attività didattica (634 CLM hanno risposto) (Fig. 6).

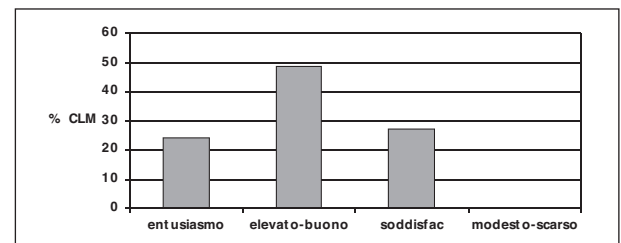


Fig. 6 - Grado di coinvolgimento/impegno/motivazione del personale medico non universitario.

Criticità

Numerosi CLM segnalano criticità e difficoltà maggiori, alcune più diffuse, altre correlate a situazioni locali. La Tabella XIII le riassume, ma va precisato che essa

CLM	Ambulatorio del Medico di Medicina generale	Tutorials	Seminari
Bari x			
Bologna	x		
Cagliari	x		
Catania	x		
Chieti	x		
Firenze	x		
Foggia	x		
Genova	x		
Insubria	x		
L'Aquila	x		
Messina	x		
Milano Bicocca	x		
Milano Statale	x		
Modena Reggio	x		
Napoli SUN	x		
Pavia		x	
Perugia	x		
Roma Sap A	x		
Roma Sap B	x		
Roma Sap D	x		
Roma Sap E	x		
Roma I Fac			x
Roma II Fac	x		
Roma Cattolica	x		
Torino	x		
Torino San Luigi	x		
Trieste		x	
Udine	x		

Tab. 12 - Sedi e/o strumenti di insegnamento/apprendimento che hanno ricevuto nei vari CLM il maggior gradimento da parte dei discenti (15 risposte mancanti).

riporta una sintesi e la sommatoria di quanto incontrato in passato o nell'attuazione del nuovo ordinamento (DM 270/04).

Le difficoltà normative riguardano sostanzialmente alcuni problemi incontrati nell'affidamento di attività di docenza a personale non universitario. Ulteriori CLM hanno segnalato alcune difficoltà che sono state superate con il tempo e con una più assidua relazione tra i soggetti interessati che hanno compreso e procceso positivamente posizioni inizialmente distanti. Si è quindi trattato di incomprensioni o del felice – ancorché faticoso – superamento di posizioni in partenza diverse. Queste difficoltà, inizialmente incontrate, ma per la maggior parte dei casi superate, si sono registrate con gli Ordini dei Medici che, stando ai dati registrati dal questionario, ora rappresentano in misura eloquente degli interlocutori privilegiati, importanti e collaborativi, salvo che in tre sedi.

Viene segnalata da alcuni anche il problema di non poter disporre di un adeguato numero di Medici di medicina generale disponibili a fronte del numero di studenti e, ove le attività sono elettive/opzionali, la scarsa disponibilità di tempo degli studenti per partecipare a questo tipo di attività didattica. Alcuni CLM segnalano inoltre la complessità e l'impegno di mantenere un sistema formativo diffuso sul territorio, che coinvolge figure professionali diverse e appartenenti ad enti diversi.

Peraltro, va segnalata come criticità, seppur non espressa come tale da quanti hanno compilato i questionari, il fatto che anche con il nuovo ordinamento otto CLM (quattro dei quali a Roma La Sapienza) prevedono che queste attività siano – almeno per il

momento – opzionali.

In altri casi invece, le difficoltà sono state tali da rendere defaticante il processo di avvio e/o di mantenimento di questa attività didattica, od in un caso tale da mettere in profonda crisi un già avviato rapporto tra Università e Regione.

Conclusioni: opportunità, sviluppi, ricadute

Sono state segnalate una serie di riflessioni, considerazioni, opportunità ed occasioni di sviluppo che non è facile riassumere, ma sulle quali possono essere rilevati alcuni aspetti comuni e/o maggiormente sottolineati. In generale, l'esperienza è vissuta positivamente o molto positivamente e rappresenta per tutti i CLM un aspetto di sviluppo sia di relazioni che di opportunità.

Emerge come sia diffusamente percepita l'importanza di questa componente formativa per l'educazione medica e che i soggetti che possono contribuire in misura preponderante alla realizzazione siano i Medici di medicina generale (e Pediatri di libera scelta). Peraltro, in alcuni CLM è offerta una vasta gamma di momenti formativi nell'ambito dell'intera rete assistenziale territoriale.

È inoltre percepita un'acquisizione culturale-sotto forma anche di ricaduta professionale- con l'apertura verso il territorio ed una più consapevole relazione tra ospedale/università e territorio stesso. L'inserimento in alcuni CLM di un *early clinical contact*, in fase curriculare perciò precoce, rappresenta un ulteriore passo per una integrazione verticale del sapere e dello studente e dello sviluppo corretto e realistico delle motivazioni.

È necessario comunque che sussista chiarezza nei tar-

	Normativa	Convenzioni	Logistici Organizzativi	Finanziari	Riconoscimento attività didattica	Università-CLM	OM*	MMG [§]
Bologna x								
Brescia				x	x			
Cagliari	x				x			
Chieti			x					
Ferrara						x	x	
Foggia	x							
Magna Gr.		x	x				x	
Milano San Raff.			x					
Milano Stat.			x		x			
Modena- Reggio E.	x				x			
Napoli FeII								x
Napoli SUN			x					x
Pavia			x					
Perugia		x						
Piemonte Orientale		x		x	x	x		
Roma SaA		x	x					
Roma SapB			x					
RomaSapD			x		x			
Roma SapC			x	x				
Sassari				x				
Torino		x	x				x	
Torino San Luigi G.		x		x				x
Udine	x				x	x		

Tab. 13 - Elenco/sintesi degli aspetti e relazioni che sono stati/e motivo di maggior e criticità.

* OM: Ordine dei Medici

§MMG: Medici di Medicina Generale

get e che questa attività didattica sia collocata con un giusto ed equilibrato peso nel *curriculum* formativo dello studente. I suoi obiettivi formativi devono integrarsi con quelli (UDE) del *curriculum*; inoltre, appare rilevante come questa componente della formazione/educazione dello studente/medico, a partire dalla definizione degli obiettivi didattici e dall'organizzazione e collocazione curricolare, come pure e la sua gestione, siano mantenuti nel contesto delle attività gestite e governate dai Corsi di Laurea e quindi dell'Università, con la collaborazione sia elaborativa che realizzativa dei soggetti esterni all'Università, *in primis* la Medicina Generale, gli Ordini dei Medici e le Regioni.

Inoltre, pur in un contesto nel quale l'attività pratica trova spazio preponderante, deve essere saldamente mantenuta la costante relazione fra formazione sul campo nei vari *settings* territoriali ed evidenze scientifiche, attraverso una cooperazione tra territorio e docenza universitaria.

Un elemento realmente cruciale è dato dalla necessità di trovare interlocutori idonei e di intrattenere rapporti virtuosi e fattivi con alcuni soggetti, *in primis* gli Ordini dei Medici, ma anche le Regioni di riferimento e le organizzazioni della Medicina Generale. La costituzione di organismi paritetici a vari livelli, fruendo di eventuali esperienze/opportunità già attive in sede locale o regionale può costituire strumento operativo valido.

Il reclutamento e la formazione del personale docen-

te, in particolare dei tutor, vanno considerati un prerequisito qualificante, realizzabile od implementabile attraverso corsi di formazione (ed un mantenimento delle competenze didattiche nel tempo) con il contributo e la partecipazione dell'Università.

L'opportunità di realizzare master per la formazione alla didattica, rivolti a tutti i soggetti coinvolti nella formazione dello studente, potrebbe rappresentare un'opzione interessante, così come stimolanti appaiono alcune, seppur isolate, esperienze di alcuni centri per la didattica-formazione (sia universitari che regionali).

Appare chiaramente percepibile il forte interesse e la sincera motivazione da parte della Medicina generale che sembra avere risposto in modo quantitativo e qualitativo molto significativo, nell'ambito di una esperienza didattico-professionale sicuramente impegnativa, ma altrettanto motivante e maturante. La strategia da alcuni adottata di estendere la convenzione già attiva per l'esame di abilitazione all'esercizio professionale, con eventuali opportune (anzi necessarie) modifiche segnala come l'esperienza dei tutor-valutatori abbia fornito una piattaforma organizzativa e motivazionale utile e fertile.

Infine, la ricerca dei contenuti e dei metodi, in sostanza degli strumenti formativi e degli obiettivi didattici, così come di un modello organizzativo nell'ambito del curriculum formativo, già attuate e maturate in alcune sedi, costituiscono occasione di stimolo per riflessioni ed azioni concertate fra Università ed i soggetti contraenti, la condivisione del compito ed una parte della responsabilità formativa dello studente in medicina.



Corso di laurea in Medicina e Chirurgia svolto in lingua inglese

Gilda Caruso (Bari) e Domenico Scannicchio (Pavia)

L'internazionalizzazione degli studi universitari ha comportato nell'offerta formativa della riforma (Legge 270) la possibilità di avviare Corsi di Laurea in lingua inglese.

Iniziative in tale senso si sono sviluppate in varie Università, in alcuni casi con lo svolgimento nell'a.a. 2009/10 di Corsi di Laurea Magistrale in vari settori ed in particolare, presso l'Università di Pavia di un Corso di Laurea a ciclo unico in Medicina e Chirurgia (6 anni). Questa scelta è emersa dopo discussioni a tutti i livelli interessati.

In generale, per intraprendere un Corso di Laurea in inglese, in particolare in Medicina e Chirurgia, gli attori interessati, con i quali analizzare e discutere vantaggi e svantaggi, sono: gli studenti (divisi nelle tre categorie di studenti italiani, studenti stranieri UE e studenti stranieri extra UE), il corpo docente e i loro Corsi d'insegnamento, la Facoltà di appartenenza e l'Università con la sua 'governance'.

Considerando gli studenti, per quelli italiani l'aspetto vantaggioso consiste per essi nella possibilità di accedere più facilmente a istituzioni mediche estere e ad associazioni internazionali, con un bagaglio culturale nettamente più vasto e flessibile. L'entità di questo vantaggio dipende dall'impostazione dei Corsi di insegnamento soprattutto negli anni clinici, ad esempio nel caso di tendenza a formare ricercatori nel settore biomedico.

Principali punti di criticità per gli studenti italiani sono il fatto che a tutt'oggi l'esame di Stato e il titolo rilasciato sono italiani: tuttavia è opportuno considerare che nei prossimi anni, prima delle prime lauree in inglese, opportune azioni potranno essere intraprese per far sì che la validità dell'esame di stato e del titolo possano essere estese a Paesi stranieri, come riportato più avanti.

Per quanto riguarda gli studenti stranieri comunitari e non comunitari, il vantaggio riguarda soprattutto l'istituzione universitaria, in grado di attrarre studenti europei ed extra-europei con aspetti di prestigio e rinomanza internazionale. L'attrazione potrebbe coinvolgere studenti provenienti da Paesi verso cui l'emigrazione italiana è stata rilevante nel secolo passato (USA, Canada, Sud America e alcuni Paesi europei) con flussi non indifferenti di studenti stranieri di origine italiana verso istituzioni universitarie italiane. Tuttavia per tali studenti, in particolare quelli comunitari, diviene critico l'esame di ammissione, attualmente svolto solo in italiano: è assolutamente indispensabile che il test per l'ammissione sia bilingue, che i quesiti di cultura generale riguardino argomenti europei e internazionali e che si stabiliscano regole per limitare la possibilità di ricorsi avverso il risultato del test. Attualmente solo studenti comunitari con un genitore di lingua italiana sono effettivamente in grado di competere con i candidati italiani nel test di ammissione.

Come accade in Università dell'est europea (Polonia, Serbia), ci si potrebbe attendere un consistente flusso di

studenti italo-americani verso le Università con Corsi di Laurea in lingua inglese: a questo proposito sono in corso trattative per il riconoscimento della nostra Laurea da parte di USA, Canada e Australia al fine di consentire ai futuri laureati di esercitare la professione in questi Paesi.

La docenza svolta in inglese pone anche la necessità di una verifica della conoscenza della lingua inglese da parte dei docenti che, qualora non si verificasse, potrebbe comportare contratti con docenti anglofoni. Per particolari Corsi di insegnamento, come ad esempio Medicina e Sanità Pubblica, questa soluzione potrebbe diventare obbligatoria al fine di fornire anche nozioni di Medicina legale europea e/o di Paesi anglosassoni. A questo proposito il sostegno della 'governance' dell'Università, in particolare del Rettore, diventa indispensabile.

Un ulteriore punto critico nell'insegnamento della Medicina in inglese è costituito dallo svolgimento dei tirocini, per i quali la presenza di pazienti praticamente solo italiani e di personale tecnico e infermieristico che potrebbe non conoscere l'inglese, costituisce una notevole incoerenza con il Corso di Laurea (a parte l'eccezione di Roma ove opera un Ospedale americano). Per risolvere questa incongruenza, costi a parte, si potrebbero svolgere alcuni tirocini presso strutture sanitarie anglofone.

Da quanto detto, particolare impegno dovrà essere fornito dai Centri Linguistici che, oltre a garantire anche la didattica del Corso di Laurea aggiuntivo in inglese, dovranno fornire supporto sia agli studenti stranieri per apprendere l'italiano, sia ai docenti per migliorare e aggiornare la loro conoscenza della lingua inglese.

L'appoggio della Facoltà di Medicina e Chirurgia e della 'governance' universitaria diventa quindi indispensabile al fine di garantire una copertura didattica efficace ed efficiente per un lungo periodo (6 anni), tenuto conto dell'elevata dinamica delle Facoltà di Medicina (pensionamenti e trasferimenti). In effetti, dato che queste istituzioni ovviamente traggono un grande prestigio internazionale dall'istituzione del Corso di Laurea in inglese, esse dovranno contribuire allo svolgimento della didattica a tutti i livelli, non ultimo quello di assicurare le attrezzature e il relativo personale tecnico che permettano una didattica assimilabile a quella svolta dalle migliori università mondiali; tutto ciò considerando anche che un simile Corso verrebbe presentato su un palcoscenico mondiale (alla presentazione in internet si aggiunge lo svolgimento della didattica in videoconferenza, di lezioni e tirocini in teletrasmissione e così via).

Tra le Università italiane l'Università di Pavia, dopo attenta analisi ed estesa discussione di quanto scritto in precedenza, ha avviato nell'a.a. 2009/10 un Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia in lingua inglese. Il

numero massimo di studenti dell'Unione Europea è stato fissato in 70 e in 10 quello per studenti extra UE per un totale di 80 studenti. Allo scopo di promuovere l'iniziativa, le tasse del primo anno sono state fortemente ridotte.

All'ammissione si sono presentati complessivamente circa 220 candidati, in graduatoria i 70 studenti UE sono tutti italiani, tra questi 5 sono bilingue avendo un genitore non italiano. Tutte le lezioni dei Corsi di insegnamento, i relativi testi ed esami o prove *in itinere* sono stati svolti in lingua inglese. Nella sessione d'esame di febbraio a tutti gli esami si è presentato il 70% degli studenti, senza significative differenze con i Corsi svolti in parallelo in lingua italiana. Gli studenti si sono espressi in modo entusiasta a riguardo dello svolgimento dei Corsi di insegnamento. Per il futuro, il Consiglio Didattico di Medicina e Chirurgia dell'Università di Pavia intende affrontare il Corso di Laurea con metodologia sperimentale, risolvendo i problemi o le situazioni critiche man mano si presentano negli anni e via via migliorando la didattica mettendo a frutto le esperienze acquisite, in particolare con la collaborazione degli studenti del Corso. Attualmente si sta discutendo il possibile incremento di studenti extra UE alla luce di pressioni da parte di Paesi arabi e si stanno definendo ego-

le opportune per i trasferimenti tra i due Corsi italiano e inglese.

Tra le altre Università che hanno espresso l'intenzione di avviare Corsi in inglese, l'Università di Bari e l'Università di Milano (Statale) hanno espresso l'intenzione di avviare un Corso in inglese, forse già nell'a.a. 2010/11, l'Università Vita e Salute S. Raffaele ha l'intenzione di iniziare nell'a.a. 2010/11 con alcune decine di studenti mentre l'Università di Roma La Sapienza, avendo avuto approvata da un anno l'offerta formativa dal Ministero, appare intenzionata anch'essa ad iniziare nell'a.a. 2010/11.

In conclusione l'iniziativa di un Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia svolto interamente in lingua inglese, in una visione strategica futura, presenta aspetti molto positivi e andrebbe diffusa ed incentivata. I punti critici citati devono essere risolti al più presto sia per non cadere nel ridicolo a livello internazionale e sia per convincere i più scettici che si interrogano sui reali vantaggi. Inoltre, dopo l'avvio dell'iniziativa, data la sua caratteristica di Corso in sperimentazione, la sua prosecuzione dovrà essere attentamente controllata, prevenendo e risolvendo via via negli anni i problemi che potrebbero insorgere.



ERRATA CORRIGE

Nel numero 4/2009 di Medicina e Chirurgia nel titolo del lavoro della Prof.ssa Anna Loiacono la parola *perspectives* è stata indicata come *prospectives*. Il titolo corretto dell'articolo è pertanto: *New perspectives in Academic Teaching*. Ci scusiamo per l'involontario errore.

La formazione dei tutori per le attività didattiche professionalizzanti

Luciano Vettore (Verona), per il gruppo di studio Innovazione Pedagogica della Conferenza (Coordinatore Pietro Gallo, Roma La Sapienza)

Questa presentazione si collega direttamente con il *mini-atelier* dell'ottobre scorso sulle attività didattiche professionalizzanti, al quale forse conviene fare qualche breve richiamo.

Le Attività Didattiche Professionalizzanti (ADP) sono tutte quelle attività volte a far acquisire esperienze professionali direttamente finalizzate alla cura (curare e prendersi cura) della persona sana e malata (*patient management* e non solo).

Si tratta delle competenze necessarie per espletare compiti professionali nell'ambito delle funzioni preventiva, diagnostica, terapeutica e riabilitativa. Riguardano i campi del sapere, del saper fare, del saper essere e del sapere sapere.

Le ADP possono essere di natura teorico-pratica o metodologica: le *attività teorico pratiche* riguardano le abilità gestuali e relazionali esercitate negli atti medici e sono convenzionalmente graduabili in tre livelli tassonomici (aver visto fare, aver provato a fare ed essere capaci di fare in modo automatico e autonomo), dei quali solo il terzo è in questo momento di nostro interesse; le *attività metodologiche* hanno la funzione di collegare le conoscenze teoriche alle abilità pratiche, cioè di trasformare le conoscenze in competenze professionali mediante l'applicazione intelligente delle conoscenze stesse nei vari contesti operativi. Le ADP, insomma, oltre a far apprendere le abilità pratiche, debbono anche facilitare la sintesi in una visione unitaria e funzionale fra conoscenze teoriche e abilità pratiche da utilizzare nell'esercizio professionale.

Nel caso si tratti di *abilità gestuali o motorie*, le attività didattiche pratiche di terzo livello possono venire apprese (e quindi anche insegnate e valutate) in piccolo gruppo, oppure individualmente in *skill lab*, e poi essere perfezionate in clinica o presso l'ambulatorio di un medico di famiglia; nel caso si tratti di *abilità psico-relazionali*, ancora in piccolo gruppo, oppure individualmente nel gioco dei ruoli o *role playing*; anche in questo caso possono essere perfezionate in ambiente clinico e forse ancor meglio presso l'ambulatorio del medico di famiglia. Le attività metodologiche possono venire apprese (e quindi insegnate e valutate) in condizioni realistiche simulate o in *setting* tutoriali di *problem solving* o di *decision making*.

Metodologie didattiche tutoriali

Le metodologie didattiche che consentono il grado maggiore di interattività sono quelle che rientrano nella così detta *didattica tutoriale*.

Ma che cos'è la didattica tutoriale? È un metodo di apprendimento attivo basato sull'apprendimento per ricerca e per scoperta; è un sistema formativo centrato sul discente che si avvale di un docente-majeuta (tutore) il quale, più che trasmettere nozioni, ne facilita l'apprendimento; egli è impegnato a valorizzare e a motivare sia lo studio individuale che il lavoro di gruppo.

La didattica tutoriale non si identifica con una tecnica specifica d'insegnamento, ma piuttosto è un approccio metodologico generale, adattabile a contenuti diffe-

renti; può infatti essere impiegata nella discussione libera od orientata, nello studio di casi o nella soluzione di problemi, nella produzione di progetti e di testi, nell'acquisizione di abilità relazionali e nella recitazione di ruoli, nella costruzione di *griglie* e nella valutazione di *performance*: insomma più che una tecnica è un atteggiamento mentale.

È particolarmente adatta alla formazione alle attività professionalizzanti di soggetti adulti, e quindi può espletarsi in modo ottimale nell'ambiente clinico, dove dovrebbe essere facilitato l'apprendimento collaborativo dalla realtà e dall'esperienza. Può essere utilizzata per il conseguimento di obiettivi sia cognitivi, che psico-motori e relazionali, preferibilmente con livelli tassonomici medio-alti. La didattica tutoriale, infine, attiva i processi metacognitivi, spesso effettuabili in piccoli gruppi interattivi, che meglio realizzano gli aspetti educativi e formativi, più che addestrativi e istruttivi. Naturalmente a questo tipo di didattica dovrebbero essere chiamati docenti propensi ad approcci interattivi, e comunque esperti nella conduzione di gruppi in apprendimento.

Caratteristiche e compiti del tutore

Per l'appunto quelle sopra descritte sono le caratteristiche del tutore; il termine deriva dalle parole inglesi *tutor* e *tutoring*, peraltro di origine latina: *tutus*, cioè qualcosa che è reso sicuro (ha la stessa radice di *tutela*); *tutor*, cioè sostegno per mantenere diritto un oggetto. Sono entrambi termini che indicano una tensione verso la crescita, il potenziamento e l'autonomia dei soggetti che sono stati affidati alle cure del tutore.

Quella del tutore è una figura di formatore diversa da quella del progettista o *manager* della formazione e da quella del docente esperto di contenuti: egli è piuttosto un facilitatore dell'apprendimento e della crescita professionale; sue funzioni peculiari sono quelle di aiutare gli studenti nel conseguimento degli obiettivi educativi essenziali (quelli del *core curriculum*), cioè di aiutarli a imparare più che di trasmettere loro la conoscenza, e - come prima si diceva - di formare ed educare oltre che di istruire e addestrare; pertanto il tutore è un docente-majeuta, che privilegia rispetto al *mettere dentro* nozioni, tipico della lezione del docente, un *tirar fuori* dal discente quanto questi spesso già possiede inconsapevolmente, mediante l'attivazione delle conoscenze che gli derivano dall'esperienza.

Insomma, la figura del tutore realizza modelli formativi caratterizzati dalla centratura sul discente e sui processi di apprendimento, dalla pluralità dei metodi di insegnamento e di apprendimento e dalla pluralità dei contesti formativi (*setting*), che privilegiano - rispetto ai contesti scolastici tradizionali dei molti studenti *dentro l'aula* - i luoghi di lavoro o *fuori dell'aula*, dove la formazione può essere più facilmente individualizzata.

Il tutore può esercitare, in relazione alle circostanze, diverse funzioni: quella di *tutor* e in senso stretto, cioè di *majeuta* che stimola l'autonomia del discente; quella di *mentore*, cioè di maestro d'esperienza quale può essere un fratello maggiore; quella di *coach*, cioè di

allenatore nello sviluppo di competenze; quella di *counsellor* o di *advisor*, cioè di consiglieri e nelle scelte personali; e infine la funzione di *supervisore*, cioè di chi fornisce una visione "esterna" della situazione e del processo formativo.

Nell'esercizio delle diverse funzioni il tutore può essere chiamato a esercitare compiti diversi: da tutore cognitivo e pedagogico nell'assistenza all'apprendimento in piccolo gruppo a tutore clinico o referente di tirocinio, da tutor e personale a tutor e d'aula, e infine a tutore a distanza.

Le metodologie tutoriali più comuni nei *setting* professionalizzanti sono le seguenti:

- apprendimento basato su problemi (PBL);
- soluzione di casi o problemi (*problem solving* e *decision making*);
- abilità pratiche mediante *check list*;
- simulazione e gioco dei ruoli (*role playing*);
- *briefing* e *debriefing*;
- diari e narrazioni;
- *counselling* pedagogico e contratti formativi.

Il tutore deve esercitare abilità differenti nell'applicazione delle varie metodologie tutoriali, come di seguito indicato.

A) Nell'apprendimento per problemi in piccolo gruppo il tutore deve gestire la dinamica del gruppo e nel contempo presidiare il conseguimento degli obiettivi didattici; nel PBL serve una competenza soprattutto nella gestione del gruppo, mentre nel *problem solving* e nel *decision making* è indispensabile che il tutore sia esperto anche nei contenuti.

L'apprendimento per problemi è un formidabile strumento didattico, nel quale l'apprendimento viene stimolato dal problema, la cui soluzione richiede l'acquisizione di conoscenze che non si posseggono; la loro ricerca e scoperta è a sua volta stimolata dalla curiosità. La soluzione del problema insegna anche come si individuano i problemi, come si affrontano e come si risolvono: in altri termini insegna come porsi le domande più significative e come cercare e trovare le risposte adeguate ad esse. La capacità di risolvere problemi, quindi, è un'abilità metodologica fondamentale nella pratica clinica.

B) Nell'apprendimento delle abilità pratiche di natura gestuale il tutore deve stimolare e controllare l'osservazione individuale accurata delle tappe successive di un'azione motoria; a questa fanno seguito: la costruzione collegiale in piccolo gruppo di una "griglia" di osservazione (*check list*), l'applicazione individuale delle tappe indicate nella "griglia", la correzione degli errori e la ripetizione della manovra fino all'acquisizione dell'automatismo motorio. Le abilità gestuali in clinica vanno apprese grazie al succedersi delle seguenti tappe: osservazione, discussione e consenso sulla "griglia", applicazione su manichino, esecuzione su volontario sano, esecuzione su paziente sotto lo stretto controllo del tutore.

C) Il tutore aiuta l'apprendimento delle abilità relazionali in simulazione o in *role playing*, mediante l'assistenza degli studenti nell'effettuazione sequenziale di

tappe diverse: la produzione di una trama relazionale e di una "griglia" di osservazione, l'interpretazione simulata dei personaggi della trama sotto l'osservazione del gruppo (eventualmente rinforzata dalla sua videoregistrazione), e infine l'analisi e la valutazione critica collegiale (in piccolo gruppo) della *performance* degli "attori" nella simulazione.

D) Per facilitare l'apprendimento in ambiente clinico il tutore si avvale soprattutto della tecnica del *briefing* e *debriefing*, tecnica molto utilizzata nei corsi di laurea infermieristici e applicata per lo più inconsapevolmente (è quindi in modo non sempre soddisfacente) nei corsi di laurea in medicina: nella fase del *briefing* il tutore presenta al discente, in un *setting* di internato (*clerkship*), il contesto in cui opererà e gli obiettivi didattici da conseguire, fornendogli anche una griglia di osservazione di ciò che incontrerà nella fase successiva; le finalità del *briefing* sono quelle di preparare il discente all'osservazione, di incuriosirlo, di garantire attorno a lui una rete protettiva e di abituarlo a condividere un linguaggio comune con gli altri operatori.

La seconda fase di tale processo di apprendimento è quella dell'osservazione, durante la quale lo studente opera in modo autonomo secondo gli obiettivi che gli sono stati proposti e seguendo le tappe previste.

La terza fase, quella del *debriefing*, è una fase di riflessione intenzionale e strutturata sugli aspetti emotivi dell'esperienza: non è una discussione libera, né una consulenza, né un incontro improvvisato, e non è neppure una sessione di approfondimento; nel *debriefing* il tutore deve esercitare soprattutto l'arte di porre domande che stimolino la riflessione, che cioè aiutino gli studenti a fissare le loro conoscenze e a sviluppare il pensiero critico; quest'ultimo nelle professioni sanitarie è un elemento fondamentale per far crescere la capacità di applicare le conoscenze in modo diverso in relazione alle circostanze; purtroppo molti docenti e tutori clinici con abilità didattiche limitate pongono domande che riguardano soltanto fatti con bassi livelli cognitivi (mera ripetizione di informazioni), mentre per sviluppare il pensiero critico sono necessarie domande di livello più elevato, che richiedano processi di applicazione, analisi, sintesi e valutazione.

E) Altri strumenti tutoriali di stimolo alla riflessione sono i diari e le narrazioni: lo studente, utilizzando per esempio il "diario di bordo", sviluppa un modello interno di annotazione e di analisi degli eventi e delle emozioni, acquisendo grazie a ciò uno stile di riflessione sulle proprie azioni; compito del tutore è quello di aiutare l'acquisizione di modalità flessibili di espressione per consentire a ciascun studente di identificare un proprio stile personale.

F) Infine, altri momenti della funzione tutoriale sono rappresentati dal *counselling* pedagogico e dal contratto formativo: il primo consiste nel rapporto interpersonale tra tutore e singolo studente, come relazione d'aiuto per superare le difficoltà individuali di apprendimento o di adattamento ambientale; il contratto formativo consiste in un accordo formalizzato tra tutore e studente, precedente al loro rapporto formativo, su obiettivi didattici, modalità di apprendimento e di insegnamento, livelli di *performance* attesi; il contratto for ma-

tivo deve prevedere anche la verifica consensuale dei risultati.

Si può concludere dicendo che *la didattica tutoriale costituisce un formidabile strumento di sintesi tra teoria e pratica nella formazione alla professione.*

Come formare i tutori

Tutori non si nasce, né ci si improvvisa; va ovviamente incentivata la predisposizione naturale alla relazione tutoriale, e vanno anche individuate e favorite le attitudini individuali a modalità particolari di *tutorship*. Ma la formazione dei tutori deve essere pensata e organizzata con iniziative specifiche: si può per esempio pensare a una serie di minicorsi, ciascuno dedicato alla formazione degli aspiranti tutori in una delle differenti metodologie di didattica tutoriale.

Un primo corso di formazione generale alla *tutorship* potrebbe considerare in successione: le caratteristiche operative del tutore come "facilitatore" dell'apprendimento, l'essenza e l'utilizzazione degli obiettivi formativi specifici, le caratteristiche delle metodologie didattiche nell'apprendimento tutoriale e la valutazione "formativa" come strumento di apprendimento.

I corsi successivi potrebbero avere i seguenti contenuti:

1) Corso di formazione dei tutori per l'apprendimento in piccolo gruppo:

- l'apprendimento cooperativo;
- le abilità di conduzione del piccolo gruppo;
- la facilitazione del conseguimento degli obiettivi formativi;
- la valutazione "formativa" tra pari;
- le differenze tra *problem based learning*, *problem solving* e *decision making*;
- la supervisione e la valutazione della *performance* tutoriale.

2) Corso di formazione dei tutori clinici (*clerkship*):

- l'ambiente clinico come luogo di apprendimento;
- l'apprendimento dall'esperienza;
- le caratteristiche delle fasi di *briefing* e *debriefing*;
- le funzioni e le abilità del tutore clinico;
- il ruolo della riflessione sull'esperienza;
- le relazioni tra tutore, studenti e pazienti nell'apprendimento clinico;

- la valutazione formativa dell'apprendimento clinico.

3) Corso di formazione del tutore per l'apprendimento delle abilità pratiche:

- i tipi e le caratteristiche delle attività pratiche in relazione al *core curriculum*;
- l'apprendimento delle abilità gestuali;
- l'apprendimento delle abilità relazionali;
- le funzioni e l'uso delle "griglie" di osservazione e di valutazione;
- la valutazione "formativa" delle *performance* nelle abilità pratiche.

4) Corso di formazione del tutore e per il *counselling* personale:

- il significato e i limiti del *counselling* personale;
- le caratteristiche della relazione interpersonale tra studente e tutore (*tutor* o *mentor*);
- utilità e uso dei "diari di bordo" e delle narrazioni;
- utilità e uso del contratto formativo;
- esercizio del *counselling* personale per il miglioramento dei risultati scolastici e per la crescita della persona (*medical humanities*).

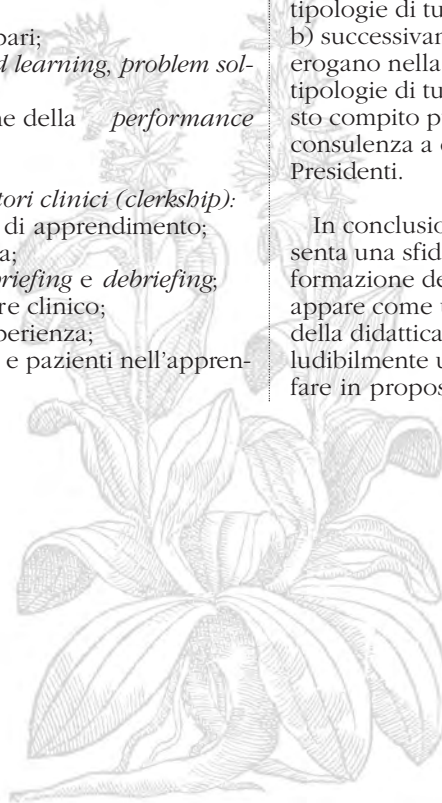
A questo punto sorge spontanea la domanda: come organizzare i corsi di formazione per i tutori?

Una risposta possibile è la seguente:

a) la Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea eventualmente con la collaborazione della SIPeM – preliminarmente pianifica ed eroga un corso residenziale della durata di due-tre giorni, rivolto a uno o due docenti per Corso di Laurea esperti di didattica ("formatori"); in tale corso vengono illustrati e sperimentati i metodi didattici necessari alla formazione delle diverse tipologie di tutori;

b) successivamente questi "formatori" organizzano ed erogano nella propria sede i corsi di formazione per le tipologie di tutori localmente necessari; anche per questo compito può essere eventualmente disponibile la consulenza a distanza di "esperti" della Conferenza dei Presidenti.

In conclusione: la realizzazione di valide ADP rappresenta una sfida alle Scuole di Medicina, essenziale nella formazione dei nuovi medici; la formazione dei tutori appare come un prerequisito indispensabile all'efficacia della didattica professionalizzante. Si pone quindi ineludibilmente una domanda: cosa possono e vogliono fare in proposito i nostri Corsi di Laurea?



In tema di spiritualità della Medicina Brevi riflessioni e una proposta

Giuseppe Familiari, Giuseppe Midiri, Luciano De Biase, Paolo Marchetti (Roma Sapienza, II Facoltà) e Pietro Gallo (Roma Sapienza, I Facoltà)

Cosa è la spiritualità della medicina?

Scrivono Sir Kenneth Calman (2008): *spirituality is neither a doctrine nor a set of practices, but relates to the integration or wholeness of people*. La spiritualità lega tra loro gli uomini, come scrive Giorgio Cosmacini (2007), tra libertà personale e tolleranza interpersonale, generata da un'elevata dignità dell'uomo e da un'estesa fraternità tra gli uomini.

Non è proprio nella relazione tra medico, professionista della salute e paziente, che la spiritualità, nei termini sopra descritti, deve raggiungere i livelli più elevati e sublimi? Deve, peraltro, essere notato che oggi, ancor più che in passato, il curare la malattia come affezione dell'organismo (*to cure* e *disease* degli anglosassoni) non può prescindere in alcun modo, anche se purtroppo accade, dal prendersi cura del malato, in quanto portatore di una afflizione o di una sofferenza personale (*to care* e *illness* degli anglosassoni).

La medicina odierna esige più che mai la compresenza di una spiritualità interumana essenziale e imprescindibile nell'agire del medico o del professionista della salute; senza di essa, sempre secondo Cosmacini (2007), la medicina si dimezza e dimezzata perde la propria identità istituzionale di *technè* al servizio dell'uomo.

Il paradigma della medicina moderna deve essere e quindi quello della solidarietà, in un *setting* del tutto particolare, dove il metodo scientifico, la tecnologia d'avanguardia e l'evidenza scientifica debbono senza dubbio rappresentare l'irrinunciabile base per curare la malattia, ma essere anche corollario importante del doversi far carico della cura e della sofferenza personale dei pazienti. Il medico non può quindi essere un "fornitore di alta tecnologia", ma deve fare il suo rapporto di piena spiritualità con il proprio paziente, senza intermediazioni, ma in collaborazione con le altre figure professionali che, oggi, creano il gruppo interprofessionale che ha in cura la nostra salute.

La spiritualità è cosa diversa dalla sacralità?

La spiritualità è, senza dubbio, cosa diversa dalla sacralità. Mentre quest'ultima attiene alla sfera del divino, la prima appartiene alla sfera dell'umano, pur senza preclusione di ogni altra possibile sfera. Come scrive Cosmacini (2007), non è da escludere, infatti, che la sacralità depositata nella fede di un medico o di un professionista della salute possa giustapporsi alla spiritualità peculiare della propria professione. Questa spiritualità può essere e pertanto consacrata, ma sarebbe atto grave la sua dissacrazione, anche se la cronaca quotidiana ci avvisa inesorabilmente che spesso ciò accade nella realtà, con il racconto di storie di cupa e sconsolante tristezza.

La spiritualità si può insegnare?

I dati della letteratura indicano, ad esempio, che nel 75% delle Scuole di Medicina statunitensi questi argomenti sono trattati (Pulchalski, 2006), mentre altri auto-

ri rilevano che anche nelle Facoltà mediche inglesi si insegnano argomenti dedicati alla spiritualità, ma che allo stesso tempo sarebbe auspicabile una maggiore attenzione su questi temi così importanti dell'agire medico (Neely and Midford, 2008).

La consultazione di *Pub Med*, la banca dati scientifica attualmente più importante ed autorevole, alla parola chiave "*spirituality and health care*", fa vedere, ad oggi, la sorprendente presenza di circa 2400 articoli scientifici sul tema, a testimonianza che l'argomento è importante e molto sentito dalla comunità scientifica internazionale. È un universo in cui si parla di tanti argomenti diversi, ed in cui colpisce particolarmente la maggioranza quasi schiacciante di articoli che riguardano l'agire del professionista della salute (soprattutto le scienze infermieristiche) rispetto all'agire del medico.

Evidenze inoppugnabili dimostrano che una forte alleanza terapeutica è determinante, in quei pazienti affetti da patologie tumorali che si trovano nella loro fase terminale della vita, per accompagnarli ad una dignitosa accettazione del loro stato di gravità e dell'imminente morte (Mack et al., 2009). Un'altra interessante ricerca conclude che: *positive religious coping in patients with advanced cancer is associated with receipt of intensive life-prolonging medical care and near death* (Pelphs et al., 2009). Anche in uno studio realizzato in collaborazione tra la II Facoltà di Medicina e Chirurgia della Sapienza e l'IDI-IRCCS emerge che l'80% dei pazienti oncologici attribuisce al benessere spirituale e alla religione un ruolo fondamentale per affrontare la malattia e dunque per superare ansia e depressione. Anche da questo studio si evidenzia quindi la necessità di integrare nella cura del malato oncologico una maggiore attenzione sia al disagio psicologico che al benessere spirituale (Marchetti e Scoppola, 2009).

Sir Kenneth Calman (2008) scrive che *spiritual aspects are relevant and may be important in healing*;



this does not negate the need for a proper understanding of illness and disease... The links between spirituality, ethical issues and the humanities in medicine are close, ... although, like ethics, spirituality could be covered in a discrete section of the curriculum. However, if it is not integrated into clinical teaching throughout the curriculum, it will be seen as a short term issue and will come to represent only a box that has to be ticked.

Queste parole rappresentano un pressante invito ad insegnare e da praticare queste tematiche importanti nei corsi di medicina con maggiore sistematicità di quanto si faccia oggi in alcuni paesi. Un'altra indicazione che emerge da queste brevi osservazioni è quella che deve far intendere la spiritualità dell'agire medico non limitata a quelle fasi particolari della vita dei nostri pazienti, ma come caposaldo che sia in grado di guidare i nostri futuri medici in tutte le occasioni del loro agire quotidiano.

Un possibile esempio applicativo alla Sapienza, Università di Roma

Nelle nostre due Facoltà di Medicina e Chirurgia della Sapienza, dal 1999, si cerca di dare applicazione a queste esigenze indogabili con un corso di laurea che prevede il profilo *biomedico-psico-sociale*. Fulcri metodologici importanti sono l'integrazione verticale delle scienze di base con le scienze cliniche, la presenza del corso longitudinale di Metodologia Medico-Scientifica e Scienze Umane (Familiari et al, 2001, 2006, 2008; Snelgrove et al., 2009), l'esempio dell'agire quotidiano nelle attività di tipo clinico-tutoriale e nell'*early clinical exposure* (Familiari et al., 2009a, b).

Il corso longitudinale di *Metodologia Medico-Scientifica e Scienze Umane* accompagna lo studente lungo l'intero percorso formativo (I-VI anno). A tutti è nota l'importanza del metodo in medicina, sia per quanto riguarda la conoscenza della metodologia medica e delle sue regole secondo i principi della medicina basata sulle evidenze, sia per la metodologia clinica applicata al singolo malato. Questo corso integrato orienta subito gli studenti verso una formazione umanistica, che li accompagnerà nel processo formativo scientifico-professionale. Questa formazione consentirà



loro, non solo di affinare le capacità ed acquisire i mezzi corretti ed innovativi del ragionamento clinico, ma di affrontare temi attinenti alla interdisciplinarietà e alla interprofessionalità, alla economia sanitaria, alla professionalità del medico, alla responsabilità sociale del medico, alla prospettiva sociale e di genere, ai rapporti con le cosiddette medicine complementari ed alternative, alla prevenzione, all'educazione del paziente cronico, alle patologie da dipendenza e alle cure palliative per i malati terminali.

Alla graduale acquisizione del metodo è quindi affiancata la formazione umanistica degli studenti. Essi possono in tal modo crescere dal punto di vista scientifico e sviluppare parimenti una maggiore sensibilità alle problematiche etiche e socio-economiche, che consenta di interagire con il paziente nella sua interezza di uomo ammalato, secondo la concezione della *whole person medicine*. In questo modo si risponde alla crescente esigenza di un riavvicinamento della figura del medico a quella dell'uomo malato, sempre più allontanati da una pratica medica univocamente tecnologica. In quest'ambito, si è cercato di utilizzare anche la cosiddetta medicina narrativa, unitamente a griglie di riflessione, e la tecnica del gioco di ruolo come strumenti importanti nell'acquisizione di una competenza emotiva e professionale vera da parte dello studente.

All'interno di questo corso sono integrati quegli argomenti, in forma di attività seminariali, tutoriali, esperienziali, con l'uso della metodologia del *portfolio*, più attinenti alla spiritualità e relativi agli aspetti della trascendenza come l'*ark wing wellness model* (Pelletier e McCall, 2005), e le tematiche indicate da Cosmacini (2009) relative all'*etica dell'ascolto* (il senso di viver e del malato, l'ascolto della voce della propria coscienza), all'*etica del silenzio* (l'ascolto assorto e silenzioso) e l'*etica della durata* (l'aver cura, il far visita, senza scadenza, con la regola aurea del tempo necessario). Parte importante di tale per corso è anche la precoce introduzione delle materie cliniche (*early clinical exposure*) durante il primo biennio di corso (Familiari et al, 2009a, b).

Il nostro programma di *early clinical exposure* è costituito da un primo modulo (I anno, I semestre) e, dedicato alle abilità comunicative medico-paziente-infermiere. Durante questo modulo gli studenti sperimentano la frequenza nei Reparti clinici universitari e hanno il primo contatto studente-paziente, gestito dalla guida di un tutor, e vengono formati alla anamnesi di tipo psico-sociale. Recentemente è stato inoltre aggiunto un modulo di Medicina generale nel territorio, condotto in collaborazione con i Medici di Medicina Generale.

Un secondo modulo (II anno, I semestre) è dedicato agli elementi di metodologia clinica e ai principi della *Evidence Based Medicine*. Gli studenti acquisiscono le basi metodologiche della medicina apprendendo le manovre di primo soccorso (BLS), usando *skill-labs*.

Gli studenti apprezzano in modo chiaro questo tipo di approccio clinico precoce, percependolo come importante strumento didattico e cognitivo (Familiari et al., 2009a).

L'esperienza e l'analisi derivante da dieci anni di applicazione ci induce a ritenere che tale tipo di organizzazione sia in grado, per sé, di fornire agli studenti una maggiore sensibilità verso il sociale, l'analisi delle

proprie attitudini, le attitudini allo studio e alle abilità pratiche, orientando il *curriculum* di medicina in direzione delle reali esigenze della società (Familiari et al., 2008; Familiari et al., 2009a; Snelgrove et al., 2009).

Una breve conclusione ed una proposta: attivare un dibattito nazionale

Questo breve scritto deve essere interpretato come la base per attivare una riflessione/dibattito utile ad implementare nei *curricula* di medicina e chirurgia italiani quegli aspetti legati alla spiritualità della medicina.

L'organizzazione didattica sinteticamente illustrata può rappresentare la *piattaforma* da cui formare più efficacemente i nostri futuri medici su questo aspetto fondamentale della professione che dovranno svolgere. È facile comunque osservare come su tali aspetti così delicati della professione sia molto importante l'esempio del comportamento quotidiano del docente, al pari della pianificazione dei diversi argomenti correlati al "comportamento" che pur rappresenta la base forte per la razionalizzazione di "modi di essere" che debbono essere gradualmente interiorizzati dallo studente per palinsesti successivi e di crescente complessità.

Scrivono Gordon (2008) in un editoriale: *Medical humanities education and research both require us to examine the state of the heart*. Non è or mai più concepibile, come ben conosciuto a molti, che gli studenti che iniziano il loro percorso formativo pieni di idealismo ed altruismo, divengano, nell'ultimo anno di corso, meno empatici e molto cinici (Satterwhite et al., 2000).

I passi moderni dell'etica e della bioetica, i progressi della deontologia e, come è scritto nella letteratura anglosassone, anche quanto prescritto dal galateo e dalla buona educazione, possono e debbono guidarci nel nostro agire quotidiano e nel nostro rapporto con gli studenti. A nostro avviso, il contributo sempre più decisivo che le Scienze Umane offrono alla formazione del medico e del professionista della salute dovrà portare ad una riflessione sistematica sulla *etica del docente*. Prima di insegnare agli studenti a sviluppare e corrette regole di relazione con il paziente e con gli altri professionisti, a dosare in modo equilibrato empatia e distacco professionale, a dare loro le norme del codice deontologico della professione, i docenti della Facoltà di Medicina dovranno confrontarsi sul *modello* che essi inevitabilmente offrono agli studenti e darsi un proprio e peculiare codice etico.

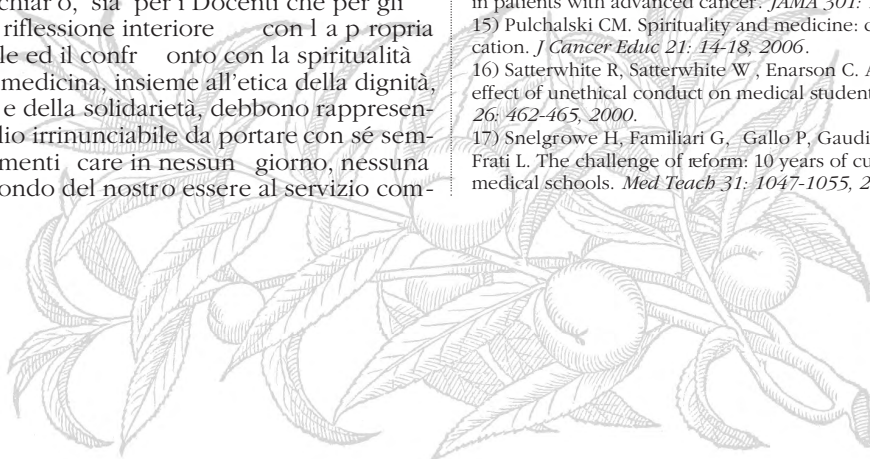
Deve essere chiaro, sia per i Docenti che per gli Studenti, che la riflessione interiore con la propria coscienza morale ed il confronto con la spiritualità intrinseca della medicina, insieme all'etica della dignità, della tolleranza e della solidarietà, debbono rappresentare quel bagaglio irrinunciabile da portare con sé sempre e da non dimenticare in nessun giorno, nessuna ora, nessun secondo del nostro essere al servizio com-

pleto di chi ha riposto in noi quella fiducia che non può essere disattesa o ancor peggio irrisa.

Deve sempre essere ricordato che la fiducia in noi dei nostri "pazienti" è nella speranza, quando si è malati e sofferenti, di poter guarire, o di poter solo vivere e nell'aiuto e nella solidarietà, con una carezza, e di rifuggire la disperazione dell'abbandono e della solitudine.

Bibliografia

- 1) Calman K. Spirituality and medical education. *Medical Education* 42: 123-124, 2008.
- 2) Cosmacini G. *La Religiosità della medicina dall'antichità a oggi*. Editori Laterza, 2007.
- 3) Cosmacini G. Religio medici. In: *Prima lezione di medicina* (G. Cosmacini) pp.101-106. Editori Laterza, 2009.
- 4) Familiari G, Falaschi P, Vecchione A. La nuova laurea specialistica in Medicina e Chirurgia e la formazione di un medico con una cultura bio-medico-psico-sociale. *Med Chir* 16: 591-596, 2001.
- 5) Familiari G, Falaschi P, Ziparo V. L'organizzazione didattica del corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia, Roma "La Sapienza", II Facoltà. *Med Chir* 32: 1291-1293, 2006.
- 6) Familiari G, Midiri G, Falaschi P, Relucanti M, Heyn R, Benvenuto R, Tarsitani G and Ziparo V. Outcomes of a fully integrated scientific/clinical methodology and medical humanities course in an Italian medical undergraduate curriculum. *Congress of the Association for Medical Education in Europe (AMEE) - Prague, Czech Republic, 2008*.
- 7) Familiari G, Midiri G, Falaschi P, Relucanti M, Heyn R, Benvenuto R, Carini L, Nati G, Grasso G, Tarsitani G and Ziparo V. Early clinical exposure in the medical undergraduate curriculum at Sapienza University of Rome: ten years experienced model. *Congress of the Association for Medical Education in Europe (AMEE) - Malaga, Spain, 2009a*.
- 8) Familiari G, Nati G, Ziparo V, Padula S, Aggazzotti G. Early patient contact nel curriculum di medicina. Esperienze a confronto. *Med Chir* 46: 1982-1987, 2009b.
- 9) Gordon JJ. Medical humanities: state of the heart. *Med Educ* 42: 333-337, 2008.
- 10) Mack JW, Block SD, Nilsson M, Wright A, Trice E, Friedlander R, Paulk E, Prigerson HG. Measuring therapeutic alliance between oncologists and patients with advanced cancer: the human connection scale. *Cancer* 115: 3302-3311, 2009.
- 11) Marchetti P, Scoppola A. Il Benessere e nel paziente oncologico. Roma, 3 Dicembre 2009.
- 12) Neely D, Minford EJ. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. *Med Educ* 42: 176-182, 2008.
- 13) Pelletier AL, McCall JW. A modular curriculum for integrative spirituality and health care. *New Directions for teaching and learning*, n 104, Wiley periodicals, pp. 51-58, 2005.
- 14) Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M, Balboni TA, Wright AA, Paulk ME, Trice E, Schrag D, Peteeet JR, Block SD, Prigerson HG. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *JAMA* 301: 1140-1147, 2009.
- 15) Pulchalski CM. Spirituality and medicine: curricula in medical education. *J Cancer Educ* 21: 14-18, 2006.
- 16) Satterwhite R, Satterwhite W, Enarson C. An ethical paradox: the effect of unethical conduct on medical students' values. *J Med Ethics* 26: 462-465, 2000.
- 17) Snelgrove H, Familiari G, Gallo P, Gaudio E, Lenzi A, Ziparo V, Frati L. The challenge of reform: 10 years of curricula change in Italian medical schools. *Med Teach* 31: 1047-1055, 2009.



Modelli di gestione dei laboratori professionali

Alvisa Palese (Udine), Luisa Saiani (Verona)

A partire dal 1999, con il Decreto Ministeriale 509/99, molti Corsi di Laurea delle Classi delle Professioni Sanitarie hanno sperimentato i laboratori, che con il nuovo Decreto Interministeriale del 19 febbraio 2009, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 25 maggio 2009 n.119, richiedono una sostanziale riprogettazione. Sino ad oggi, la situazione era molto variegata, sia tra i Corsi di Laurea di uno stesso profilo, sia all'interno delle Classi. Numerosi Corsi di Laurea gestivano molte tappe del processo formativo attraverso laboratori, esercitazioni, simulazioni, (anche la terminologia utilizzata per definire queste modalità formative è disomogenea) offrendo agli studenti numerose occasioni di apprendimento in contesti simulati, spesso anche come espressione della filosofia pedagogica del corso; altri Corsi di laurea non avevano previsto una esplicita componente dedicata ai laboratori perché ritenevano che ciascun docente, nell'ambito dei CFU/ore attribuiti/e, avesse facoltà di dedicare una parte alla didattica frontale ed una ai laboratori in relazione ai contenuti ed alle finalità perseguite. Altri Corsi, ancora, avevano stratificato le docenze differenziando quelle ad elevato contenuto pratico da quelle ad elevato contenuto teorico: alle prime (ad esempio docenza MED/47, MED/45, MED/48...) dedicavano una parte obbligatoria di laboratorio (ad esempio, su 15 ore, 5 dovevano essere dedicate al laboratorio e 10 alla didattica d'aula). Altri Corsi di laurea ancora avevano invece elaborato modelli sofisticati distinguendo all'interno del CFU la quota parte da dedicare a ciascuna strategia didattica: se 30 (per infermieristica ed ostetricia) o 25 (per le altre classi) sono le ore di apprendimento atteso per ciascun CFU, 4 dovevano essere dedicate alla didattica d'aula, 4 al laboratorio, 4 allo studio individuale e 18 al tirocinio. Questa prima introduzione, per affermare che sul tema dei laboratori da molti anni la Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie sta riflettendo e che esistono sperimentazioni anche molto avanzate sul territorio nazionale; di fatto, il Decreto Interministeriale che riconosce formalmente questa attività didattica, offre l'occasione per una importante riprogettazione dei laboratori professionali.

Uno sguardo ai modelli sperimentati

Le esperienze maturate dai Corsi di laurea negli ultimi anni sulla progettazione e gestione dei laboratori professionali sono riconducibili sostanzialmente a tre modelli gestionali differenziati:

1. Modello a supporto della didattica frontale gestito dai docenti.

Alcuni Corsi di Laurea hanno integrato fortemente i laboratori/esercitazioni (si mantiene il termine esercitazione, pur consapevoli che il Decreto ultimo parla esclusivamente di laboratori, perché nei Regolamenti Didattici di molti Atenei il concetto *laboratorio* non era contemplato e spesso la traduzione interna ai Corsi di Laurea era *esercitazione*), con l'attività didattica d'aula, prevedendo una sorta di estensione dell'impegno dei docenti verso l'attività applicativa. Il docente di Bioetica, ad esempio, utilizzava il laboratorio per poter esporre gli studenti alla

discussione di casi clinici, i docenti di discipline professionalizzanti in laboratorio presentavano materiali e il loro uso o sequenze di tecniche operative. In altri casi, il laboratorio veniva utilizzato per compensare la riduzione delle ore di didattica: alcuni docenti di Anatomia effettuavano le rotazioni degli studenti presso i laboratori di Anatomia. Questo modello, utilizzato ancora in molti Corsi di Laurea, responsabilizzava fortemente i docenti alla progettazione e gestione dei laboratori. Tuttavia, soprattutto per i docenti a contratto, questa parte non costituiva una componente della propria docenza, non era inclusa nei bandi ed era quindi progettata e gestita sostanzialmente nel tempo libero. Inoltre, alcuni docenti certificavano l'attività di laboratorio solo come frequenza, altri invece sommarono la valutazione del laboratorio alle altre ottenute dallo studente nel Corso Integrato; altri docenti, infine, non certificavano la frequenza e/o le abilità/conoscenze acquisite. Spesso, per poter realizzare questo modello, i corsi di laurea attingevano ai 6 Crediti formativi previsti per le 'Altre attività'.

2. Modello di apprendimento pre-clinico a supporto del tirocinio gestito dai tutor.

Il secondo modello probabilmente più diffuso tra i Corsi di Laurea, costituiva una sorta di territorio di mezzo tra la didattica frontale (curata dai docenti) e il tirocinio (presidiata dai tutor e dai coordinatori delle attività formative professionalizzanti). Anche in questo caso, tuttavia, la componente curricolare era sostanzialmente *invisibile*, non approvata dagli organi collegiali e per questo non formalizzata: per poterla effettuare, si attingeva alle ore previste per il Tirocinio o per le 'Altre' attività. Il modello era sperimentato soprattutto nei contesti caratterizzati da una diffusa ed importante cultura tutoriale di accompagnamento dello studente nella complessità del tirocinio. I Coordinatori della attività formative professionalizzanti e i tutor erano responsabili della progettazione e gestione (pre-clinica) dei laboratori che perseguivano obiettivi multipli:

a) compensare i tirocini non sempre soddisfacenti nel raggiungimento di alcune competenze specifiche perché troppo brevi o perché la casistica a cui poteva essere esposto lo studente era molto limitata;

b) realizzare la propria visione etica e di attenzione alla sicurezza: si tratta dei Corsi di laurea in cui gli studenti non potevano e non possono sperimentare le tecniche (anche invasive) sui pazienti se non dopo averle sperimentate in laboratorio;

c) allenare gli studenti a proteggersi dai rischi (ad esempio, frequentando un laboratorio dedicato all'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale).

Anche questo modello presentava alcune problematiche nella certificazione: molto spesso, infatti, prevedeva una valutazione dei prerequisiti attesi per accedere al laboratorio piuttosto che una valutazione della *performance* raggiunta dallo studente nel laboratorio. Per esempio, nel laboratorio infermieristico sulla gestione degli accessi venosi periferici, venivano valutati i prerequisiti teorici ('quali sono le vene raccomandate per l'innesto del catetere') e non la *performance* raggiunta a fine

laboratorio nel posizionamento dell'accesso vascolare. Spesso questo modello *intermedio* tra attività didattica e di tirocinio, costituiva anche un criterio di accesso per gli studenti alla clinica.

3. Modello intra-clinico o post clinico a gestione pr evalente dello studente.

Un terzo modello peraltro meno frequente, prevedeva laboratori/esercitazioni all'interno o dopo la clinica (tirocinio). Questa tipologia è di fatto anomala perché di norma il laboratorio dovrebbe precedere e non intervenire durante o addirittura dopo l'esperienza di tirocinio. Tuttavia, riguardava gli studenti che avevano difficoltà pratiche, che non si erano confrontati con una casistica sufficiente durante il tirocinio (ad esempio BLS), oppure che desideravano compensare alcune carenze prima di affrontare l'esame annuale di tirocinio (OSCE). Si tratta pertanto di modalità prevalentemente compensative gestite dagli studenti su stimolo dei tutor clinici e/o didattici.

I 'nuovi' laboratori professionalizzanti

Il Decreto Interministeriale (DI) del febbraio 2009 legitima un'attività didattica nuova oltre a quella classica della

teoria e di tirocinio: prevede, infatti, per ciascun Corso di Laurea delle Classi delle Professioni Sanitarie, almeno 3 CFU da dedicare ai laboratori professionali dello specifico SSD del profilo. Tale Decreto, declina di fatto la finalità di tali laboratori che dovrebbero avere elevato contenuto professionalizzante e pertinente al settore scientifico disciplinare attinente al profilo, denominandoli Laboratori Professionali. Se da una parte introduce una terza dimensione curricolare (oltre a quella appunto della didattica e di tirocinio) che diventa visibile, e sarà costituita da un definito carico di apprendimento da integrare nella carriera dello studente, dall'altra sembra responsabilizzare esplicitamente i Tutor/coordinatori delle Attività professionalizzanti e i Docenti dell'area professionale che se ne dovrebbero occupare. Inoltre, standardizza la quantità di CFU e quindi la quantità di impegno da dedicare ai laboratori a livello nazionale e tra le professioni rimuovendo il problema della variabilità tra corsi e tra professioni: sino ad ora, infatti, ogni Corso di Laurea programava il tempo da dedicare ai laboratori in base alle risorse, agli spazi ed alla propria filosofia pedagogica, tanto da far emergere realtà in cui per mancanza di risorse i laboratori non venivano effettuati ed altre realtà che invece prevedevano addirittura 120/150 ore e nel tentativo di com-

Denominazioni

- Skill Lab/Practical room
- Clinical laboratory
- Clinical self study laboratory
- Nursing, Physiotherapist, Midwifery, Occupational Therapist - Skill laboratory
- In the Classroom Skill Laboratory
- Beyond the Classroom

Effetti positivi

- Riducono l'impatto emotivo: gli studenti possono provarsi in laboratorio su una competenza complessa della pratica prima di agirli direttamente sul paziente;
- assicurano l'apprendimento in un ambiente protetto/simulato garantendo di fatto sicurezza/eticità sia verso il paziente che verso lo studente;
- supportano lo sviluppo delle conoscenze procedurali: lo studente apprende la procedura prima che questa sia applicata nel contesto reale dove dovrà presidiare aspetti molto più complessi (come ad esempio l'interazione con l'utente);
- rinforzano la confidenza degli studenti nella propria *performance*;
- riducono gli effetti negativi dei tirocini brevi perché mettono lo studente nella condizione di apprendere molti aspetti prima di confrontarsi con la realtà che offre casistica limitata o in cui rimarranno poco tempo;
- offrono l'opportunità di realizzare la supervisione tra pari/autovalutazione: se gli studenti sono guidati, possono imparare ad offrire e ricevere un *feedback* reciproco.

Effetti negativi

- Possono determinare noia/demotivazione tra gli studenti degli anni *finali*: quando le attività di laboratorio sono proposte a studenti del terzo o quarto anno che hanno sviluppato molte competenze, la loro tenuta è inferiore e perché non riescono a riprodurre la complessità a cui gli studenti sono allenati;
- hanno uno scarsissimo effetto se è presente un elevato numero di studenti: ottimale sarebbero 10 studenti (nel rapporto di un Tutor a dieci studenti); tuttavia, questo dipende anche dall'obiettivo del laboratorio. Per alcune realtà questi standard sono difficili da garantire considerata la quantità di studenti;
- ricadute negative quando basati su un *setting* a scarso *realismo*: quando le risorse a supporto sono limitate (ad esempio, manichini poco verosimili, supporti tecnologici limitati, e così via) anche l'efficacia è compromessa. La capacità dei laboratori di rappresentare e sostituire il contesto reale deve essere elevata.

Tab. 1 - Denominazione dei laboratori in letteratura, effetti positivi e negativi.

pensare le carenze di opportunità formative dei servizi.

I Coordinatori e i Tutor conoscono molto bene l'elevato impegno anche amministrativo delle attività didattiche: per questo, è necessario rivisitare i modelli gestionali dei laboratori ma ipotizzare anche soluzioni responsabilizzanti, gestibili (anche per elevati numeri di studenti) e soprattutto efficaci.

Un'attenzione sulla efficacia documentata dei laboratori

In un momento di cambiamento come quello che stiamo per affrontare, oltre ad una sistematica riflessione su ciò che abbiamo appreso dai laboratori così come sino ad ora gestiti, dovremmo aprire uno sguardo anche alle evidenze disponibili. Numerosi articoli (vedi riferenze) hanno messo a fuoco le evidenze che supportano l'utilità dei laboratori ma anche la loro scarsa efficacia soprattutto quando non progettati e gestiti adeguatamente e coinvolgendo un numero elevato di studenti. Le terminologie che adottano gli altri Paesi soprattutto quelli europei a cui siamo chiamati ad uniformarci per facilitarla e la libera circolazione degli studenti/professionisti, sono molto diverse (Tab. 1): spesso sono denominati laboratori di *skill* pratiche anche se quando in Italia ci si riferisce ai laboratori professionali, non necessariamente il riferimento è verso l'acquisizione di abilità tecnico-pratiche; altri autori fanno riferimento alle *aule per l'apprendimento simulato pratico*, differenziando i laboratori delle diverse professioni (per esempio quelle per fisioterapisti da quelle degli infermieri).

Verso la riprogettazione dei laboratori: alcune questioni da affrontare

Ciascun Corso di Laurea sarà chiamato a elaborare e/o a ripensare ai laboratori come una terza entità oltre alla didattica d'aula e al tirocinio: per questo lavoro di riprogettazione, le questioni più immediate da affrontare sono

a) definire la loro collocazione e disciplina sia nell'ordinamento che nel regolamento didattico di corso. I Consigli dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie dovranno deliberarne l'attività integrandola nei piani di studio, identificando i laboratori *core* del triennio, approvando il set dei laboratori decisi, e riflettendo sul loro ruolo di sbarramento (verso il tirocinio se lo studente non ha effettuato il laboratorio, e/o verso l'anno successivo se lo studente non ha superato i laboratori). Questo ultimo aspetto pone il problema della certificazione: se dovrà essere basata solo sulla frequenza o anche sulle *performance* raggiunte. Dovranno anche essere pensate le calendarizzazioni delle attività di laboratorio, un aspetto più semplice per i corsi di laurea con numeri ridotti ma molto complesso nei corsi con una quantità di studenti elevata;

b) definire il modello di riferimento e il contributo della comunità dei docenti:

1) una prima riflessione andrà condotta sulle competenze *core* da sviluppare attraverso i laboratori professionali in ciascun Corso di Laurea ma anche sulla loro afferenza. Molte attività di laboratorio, infatti, sono proposte dai docenti anche non appartenenti al profilo professionale. Va definito pertanto dove ricomprendere queste ultime per non sacrificarle o marginalizzarle.

2) una seconda riflessione andrà condotta sul peso orario da attribuirle, considerato che il Decreto Interministeriale non fornisce particolari indicazioni: se i laboratori sono pensati come prossimi al tirocinio, 1 CFU di laboratorio dovrebbe valere 25 ore e quindi ciascuno studente dovrebbe effettuare, secondo questa interpretazione, 75 ore di laboratorio nel triennio (90 per gli studenti della prima classe); se invece i laboratori sono pensati come prossimi all'attività didattica dovrebbero assumere gli stessi criteri di valorizzazione della didattica frontale e quindi 1 CFU di laboratorio dovrebbe valere = 15 ore (per la prima classe di laurea). Analogamente dovrebbe essere fatto per le altre classi (1 CFU 25 ore = 12,5 di laboratorio) assicurando sempre il 50% di studio individuale come previsto dal DI per le attività didattiche;

3) una terza riflessione impone una messa a fuoco delle responsabilità: spesso questa attività, infatti, non veniva affidata formalmente ad alcuno. Il DI sembra stimolare addirittura una messa a bando (come per le docenze) attribuendo un incarico formale a coloro che progetteranno, gestiranno e valuteranno i laboratori;

e) porre il tema delle risorse. La letteratura evidenzia l'efficacia dei laboratori su piccoli gruppi di studenti.

Laboratori con 20 o 25 studenti rischiano di riprodurre la didattica frontale. Quali sono le effettive possibilità di rotazione degli studenti nelle grandi sedi? Inoltre, un laboratorio professionale è efficace se riesce a riprodurre un ambiente molto simile a quello reale: alcuni corsi di laurea avrebbero bisogno di laboratori ad altissima tecnologia (ad esempio, CdL per i Tecnici Sanitari di Radiologia Medica). Alcune sedi potrebbero anche immaginare laboratori di 'campus' progettando laboratori ad elevata integrazione tra le lauree sanitarie anche per realizzare economie di scala; altre ancora, potrebbero sviluppare laboratori ad elevata integrazione con gli ospedali di riferimento integrandosi con quelli già disponibili nei centri di formazione continua. Su questo punto, i protocolli di intesa Regione-Università potranno costituire un punto di riferimento importante.

Per approfondire

- 1) Borneauf AM, Haigh C. The who and where of clinical skills teaching: a review from the UK perspective. *Nurse Educ Today* 2009
- 2) Fitzgerald LM, Delitto A, Irrgang JJ Validation of the clinical internship evaluation tool. *Phys Ther.* 2007 Jul;87(7):844- Hombloe ES. Faculty and observation of trainees' clinical skills: problems and opportunities. *Acad Med.* 2004Jan;79(1)
- 3) Keetsemang S, Mugarurwa J, Shahidi T et al. Student evaluation of a clinical self study laboratory. *Nurse Educ in Practice* 2008 (8); 359-367.
- 4) Jensen GM, Gwyer J, Katerine F, Shepard and Laurita M. Hack. Expert Practice in Physical Therapy *Phys Ther* 2000 Jan;80(1):28-43;
- 5) Jette Diane U, Portney L G Construct Validation of a Model for Professional Behavior in Physical Therapist Students. *Phys Ther* 2003 May; 83 (5)
- 6) Maggie N. Learning clinical skills: the return of the practical room? *Nurse Educ. Today* 1998(18); 427-428.
- 7) McCallum J. The debate in favour of using simulation education in pre-registration adult nursing. *Nurse Educ Today* 2007 (27); 825-831.
- 8) Welard SJ, Solvoll BA, Heggen KM. Picture of Norwegian clinical learning laboratories for undergraduate nursing students. *Nurse Educ in Practice* 2009 (9); 228-235.
- 9) Wolley NN, Jarvis Y. Situated cognition and cognitive apprenticeship: a model for teaching and learning clinical skills in a technologically rich and authentic learning environment. *Nurse Educ Today* 2007 (2); 73-79.

Notizie dal CUN

a cura di Fabio Naro

Con il nuovo anno l'attività del Consiglio Universitario Nazionale (CUN) è iniziata con la predisposizione di un parere generale di notevole importanza sul DDL A.S. n. 1905 presentato dal governo per la riforma del sistema universitario italiano. Nell'analisi che il CUN ha fatto della proposta legislativa si è apprezzato "che il Ministro abbia assunto un'iniziativa di intervento sul governo dell'intero sistema, finalizzata a superare la separazione fra didattica e ricerca e gli eccessi di frammentazione istituzionale, derivanti dalla pletrica sovrapposizione di funzioni e competenze tra Facoltà, Dipartimenti, Corsi di laurea e relativi organismi gestionali. Tali obiettivi sono, infatti, condivisi dall'intera comunità accademica, sensibile alle esigenze di semplificazione e trasparenza del sistema universitario. Il CUN ritiene inoltre positivo che il Parlamento sia stato finalmente e pienamente coinvolto nel dibattito sulla riforma dell'Università ed auspica che, dopo un approfondimento che coinvolga tutte le forze politiche e sociali, si arrivi ad una approvazione il più possibile condivisa del provvedimento". Nella redazione del documento è stato fatto un notevole sforzo per affrontare, in un'ottica profondamente costruttiva, tutti i punti del complesso dispositivo legislativo anche se, come evidenziato nel parere, rimane il problema di un impianto eccessivamente centralistico del provvedimento.

Un altro tema che ha impegnato fortemente il CUN in questi (ultimi) mesi è stato quello dei criteri per la valutazione dell'attività scientifica degli atenei e dei singoli docenti. Per quanto riguarda il primo aspetto è da segnalare il parere reso dal Consiglio sull'avvio del Piano Quinquennale di Valutazione della Ricerca (VQPR). Il nuovo esercizio del Comitato di Indirizzo della Valutazione della Ricerca è stato fermamente voluto dal Consiglio che, negli anni precedenti,

aveva più volte richiamato l'attenzione della politica sull'inderogabile necessità di avere un nuovo esercizio di valutazione che continui l'opera intrapresa. Sul versante della valutazione dei singoli docenti sono stati compiuti importanti progressi sia identificando i criteri di scientificità richiesti dall'art. 3-ter comma 2 del D.L. 10 novembre 2008 n. 180, convertito dalla L. 9 gennaio 2009 n.1, sia fornendo diversi pareri su come costituire l'Anagrafe Nazionale dei professori ordinari, associati e dei ricercatori. Con questi pareri il CUN dà il proprio contributo affinché il sistema universitario giunga ad una piena maturità per quanto riguarda la sua valutazione.

Sul versante più direttamente connesso ai Corsi di Laurea Magistrale in Medicina, l'opera del Consiglio ha riguardato l'esame degli ordinamenti dei corsi di laurea in trasformazione secondo i criteri del Decreto 22 ottobre 2004, n.270. Infatti anche gli ultimi corsi di laurea in medicina che erano rimasti inclusi nell'ordinamento che si basava sul D.M.509/99 sono stati modificati per rispondere al nuovo dettato legislativo. È stato così concluso un iter che aveva preso l'avvio tre anni fa.

Tutta l'offerta formativa degli atenei italiani è stata quindi ristrutturata secondo i principi sanciti dalla riforma che si spera ponga rimedio anche alle criticità emerse con l'applicazione della riforma del D.M. 509/99 come l'eccessiva frammentazione dei corsi di laurea e l'eccessiva distanza dal mondo del lavoro. Proprio riguardo all'attuazione di tale riforma è da ricordare il parere reso dal CUN che, rispetto agli ulteriori interventi per la razionalizzazione e qualificazione dell'offerta formativa nella prospettiva dell'accREDITAMENTO dei corsi di studio previsti nella nota 160, evidenzia la peculiarità dei corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia recependo integralmente la mozione della Conferenza dei Presidi e dei Presidenti del CLM.

Mozione per le Scuole di Specializzazione

a cura di Eugenio Gaudio

MOZIONE

La Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, riunitasi in Roma il 18.03.2010,

rilevato che le norme vigenti (D.M. 1 Agosto 2005) attribuiscono alle Facoltà il coordinamento, la vigilanza e la responsabilità del funzionamento delle Scuole, cosicché appare paradossale che i pareri della Conferenza dei Presidi non vengano tenuti nel dovuto conto;

richiamato il documento, approvato all'unanimità dalla Conferenza, il quale recepiva le proposte di accorpamento formulate dalle Facoltà mediche italiane al fine di favorire e realizzare il processo di razionalizzazione della offerta formativa specialistica;

tenuto conto che tale documento, portato in discussione dal Presidente al Tavolo interministeriale del 9 gennaio 2010, all'unanimità veniva recepito come base per la formulazione del DM in via di emanazione;

rilevato che nella formulazione definitiva del Decreto la organizzazione risultante teneva solo parzialmente conto di quanto proposto dal Documento della Conferenza;

preso atto delle numerose segnalazioni di disagio pervenute dalle Facoltà di Medicina e Chirurgia e dalle Scuole di Specializzazione;

presa visione del documento del Coordinamento dei Presidi delle Facoltà mediche lombarde;

rilevata la assenza di un vantaggio economico ed organizzativo della manovra di accorpamento in atto, a fronte di un consistente aggravio amministrativo-procedurale e del notevole disagio sopportato dai Medici in formazione specialistica e dalle Facoltà che ne hanno la responsabilità organizzativa, trovandosi oggi a dover gestire ben tre diversi ordinamenti/agggregazioni contemporaneamente attivati, e che potranno ogni anno subire ulteriori modifiche in relazione alla programmazione, portando alla totale confusione organizzativa;

rilevato inoltre che la riaggregazione non tiene conto dei pareri del CUN sulle singole Scuole;

ritiene che la qualità della formazione rischi di essere compromessa dalla attuale complessa e a volte non razionale organizzazione dei corsi, che si svolgono anche su territori appartenenti a più regioni, magari nemmeno contigue, e con rapporti con Aziende Ospedaliere e quindi contratti di lavoro diversi;

chiede che il riordino delle Scuole di Specializzazione parta dalla verifica dei requisiti delle Scuole e dalla valutazione *ex post* dei risultati della formazione e che le aggregazioni, sulla base delle proposte delle Facoltà, siano possibili al più su base regionale, essendo presente su base regionale il coordinamento sia dei Rettori che dei Presidi di facoltà;

propone che le Scuole istituite ed in possesso dei requisiti quali-quantitativi previsti per l'accREDITAMENTO siano attivate indipendentemente dal numero "minimo" di contratti.

ALLEGATO

Come stabilito nella seduta odierna della Conferenza, si riportano, di seguito, a titolo esemplificativo, alcune situazioni di criticità segnalate dalle sedi (Facoltà, Scuole di Specializzazione).

Facoltà di Torino-San Luigi Gonzaga

Non sono state attivate alcune Scuole, quali RADIOLOGIA e MEDICINA INTERNA - comprese nelle specialità indispensabili; altre richieste non attivate sono quelle di CHIRURGIA GENERALE, ORTOPEDIA, ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE, PSICHIATRIA - considerate indispensabili - alle quali si aggiungono OTORINOLARINGOIATRIA, NEUROLOGIA, UROLOGIA e ONCOLOGIA - che soddisfano tutti i criteri Osservatorio/Cineca.

Università di Milano

CHIRURGIA PLASTICA: antica Scuola (fra le più antiche in Italia, addirittura 2 scuole unimidi fino alla riforma) 2007-08:3 posti (da sola) - 2008-09: 2 posti (da sola) - 2009-10 aggregata a Genova (capofila) con 3 posti (notare che la rete formativa non è comparabile con Genova e la media dei posti negli ultimi 5 anni è di 3,2 mentre Genova è nettamente sotto i 3)

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE: 2007-8: 3 posti (da sola)- 2008-9: 3 posti (da sola)- 2009-10: 4 posti capofila con Bicocca Brescia e Udine (sic!)

CHIRURGIA PEDIATRICA: 2007-8: 1 posto (da sola) 2008-9: (3 posti capofila con Brescia e Pavia) 2009-10: aggregata a Padova insieme a Bologna - Brescia - Ferrara - Verona (5 posti per 6 aggregate - sparisce in Lombardia come scuola)

Università di Genova

Soppressione delle Borse di Studio per la Scuola di Specializzazione in UROLOGIA; corrisponde ai criteri enunciati nella Nota MIUR prot. 4010 del 19/10/2009 a firma del Capo Dipartimento dott. Antonello Masia, in cui vengono elencati i requisiti ritenuti necessari per l'attivazione delle Scuole. Al punto A della nota ministeriale si sottolinea la necessità di Docenti della tipologia della Scuola con adeguata produzione scientifica e documentata competenza professionale. La Scuola di Specializzazione in Urologia dell'Università di Genova possiede questi requisiti in alto grado.

Annovera per la disciplina Med. 24 Urologia - Tre Docenti Universitari di ruolo di cui: un Professore Ordinario, un Professore Associato, un Ricercatore confermato.

Alla luce di quanto prescritto dalla nota ministeriale e poi ribadito più volte dal CUN l'assegnazione di tre borse di Urologia all'Ateneo di Pavia appare del tutto incomprensibile, essendo l'Università di Pavia del tutto sprovvista di Docenti del settore Med. 24. Se consideriamo comparativamente la situazione della Regione Liguria rispetto ad altre realtà regionali non solo detta decisione appare da un lato incomprendibile, essa appare assolutamente ingiustificata. La Liguria, con una sola Università: l'Università degli Studi di Genova, ed una popolazione di 1.645.441 abitanti.

Università di Brescia

La Scuola di Specializzazione di GERIATRIA, come facilmente verificabile dai dati pubblici disponibili, è attiva dal 2000 (Milano Bicocca dal 2003). Essa rispetta tutti i requisiti formativi richiesti (tanto da aver la possibilità di formare 7 specializzandi/anno). Essa è una delle poche Scuole in Italia che al suo interno (nella Struttura di Sede) abbia un Reparto per pazienti acuti, una Riabilitazione, una RSA e un Hospice. Dal 2003 ha sempre avuto assegnati dal Ministero 2 borse/contratti a cui si è aggiunto ogni anno un'altra borsa/contratto per un totale, nell'ultimo quinquennio (2003-2007) di 15 contratti. (referenza: Ufficio Borse/Contratti, Università degli Studi di Brescia). Più del 60% del personale docente è personale di ruolo dell'Università e la Scuola, come documentato, è inserita pienamente nel territorio a cui afferiscono circa 2 milioni di persone con circa 400.000 anziani (bacino d'utenza provinciale di Brescia, Cremona, Mantova) coinvolgendo tutte le strutture che operano in ambito Geriatrico nonché Medici di Medicina Generale. Inoltre, l'attività di ricerca è sicuramente valida e continua come dimostra, ad esempio, l'Impact Factor (Pub. Med) dei docenti del settore caratterizzante la Scuola (Medicina Interna MED 09) che risulta pari a 1294, cioè il terzo in assoluto considerando tutte le 33 scuole di Geriatria nazionali (vedi scheda rilevazioni dati per tipologia di Scuola a cura del referente nazionale prof. Roberto Bernabei).

La Scuola di Specializzazione di MEDICINA NUCLEARE è sostanzialmente l'unica nel panorama italiano che, convenzionata con strutture pubbliche, possa garantire un training adeguato in tutti i settori della Medicina Nucleare fornendo adeguati standard qualitativi. La Medicina Nucleare degli Spedali Civili di Brescia, sede della Scuola di Specializzazione, è infatti

l'unica Struttura di questo tipo in possesso di Ciclotrone, Radiocimica, Diagnostica PET-CT, Diagnostica SPECT-CT, Reparto di Degenza con 16 letti per terapia medico-nucleare e, infine, un Laboratorio di endometria associato alla Cardiologia Nucleare, direttamente gestito da medici nucleari. Tale panorama di potenzialità diagnostiche e terapeutiche non è presente in nessuna altra Scuola italiana, ad eccezione di quella del Policlinico Gemelli dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Università di Bologna

Per la Scuola in CHIRURGIA PEDIATRICA risulta una aggregazione di 7 differenti sedi per un totale di 5 borse assegnate. Si tratta di una decisione in contrasto sia con la proposta dei Presidi della Regione Emilia-Romagna (che le inviai con la e-mail sotto riportata) sia con gli accordi assunti tra loro a livello nazionale dai Direttori delle Scuole di Specializzazione in Chirurgia Pediatrica.

Per le Scuole di NEUROPSICHIATRIA INFANTILE, CHIRURGIA TORACICA E GENETICA MEDICA, la proposta dei Presidi emiliano-romagnoli prevedeva che la sede capofila fosse indicata a rotazione ma che quest'anno essa fosse Bologna, mentre per tutte e 3 le Scuole dinanzi citate ciò non è avvenuto.

Università di L'Aquila

Rispetto all'a.a. 2007/2008 in cui l'Ateneo Aquilano poteva contare su ben 39 Scuole di Specializzazione autonome e funzionali, per l'a.a. corrente l'Ateneo aquilano può dire di averne n. 17, di cui n. 11 autonome

CHIRURGIA VASCOLARE: situazione a.a. 2008/2009: cinque aggregate con 2 contratti (Chieti capofila); situazione a.a. 2009/2010: Chieti autonoma con 3 contratti; aggregate a Bari (3 contratti) per molte scuole (DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA, ANATOMIA PATOLOGICA, CHIRURGIA VASCOLARE, OFTALMOLOGIA, RADIOTERAPIA, UROLOGIA) Chieti e L'Aquila sono state aggregate fra loro o con altre sedi extraregione perché il numero di contratti, pari a 2, non ha consentito il mantenimento dell'autonomia regionale ma, sorprendentemente, per altre scuole si è mantenuta l'autonomia di sede o regionale con soli 2 contratti (ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA (L'Aquila/Chieti 2 contratti) nonché per la MEDICINA D'EMERGENZA/URGENZA (L'Aquila 2 contratti) scuole di ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA, MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA, CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA: nulla di quanto era stato proposto per "riattivare" queste Scuole nella sede dell'Aquila è stato previsto nel DM 5 febbraio. Rimangono ancora in attesa di conoscere le motivazioni di questa immotivata e ingiusta "disattivazione". Sorprendentemente, per l'A.A. 2009/2010, la sede di Chieti ha avuto 2 contratti in più per l'ortopedia (da 3 contratti passa a 5 contratti) ed 1 contratto in più per la Medicina fisica e riabilitativa (da 2 contratti passa a 3 contratti, mantenendo così anche l'autonomia di sede). Non v'è traccia dell'Aquila, neanche come sede "aggregata".

Università di Bari

Per l'A.A. 2009/2010 sono state disattivate e trasferite fuori Regione le seguenti Scuole di Specializzazione con il numero di contratti accreditati per l'A.A. 2008/2009.

Scuole di Specializzazione	Contratti 2008/2009
AUDIOLOGIA E FONIATRIA	2
BIOCHIMICA CLINICA	2
CARDIOCHIRURGIA	2
CHIRURGIA PEDIATRICA	2
FARMACOLOGIA MEDICA	2
NEUROCHIRURGIA	2
PATOLOGIA CLINICA	2

Ciò ha comportato una penalizzazione per gli Studenti laureatisi presso le Facoltà Mediche di Bari e Foggia costretti a trasferirsi presso Università di altre Regioni per iscriversi a queste specializzazioni. Ridotto è stato anche il numero dei contratti per le Scuole di Specializzazione in NEUROLOGIA e REUMATOLOGIA. In totale l'Università di Bari tra l'A.A. 2008/2009 e l'A.A. 2009/2010, ha perso 10 contratti per la formazione specialistica. Si fa rilevare che già nell'A.A. 2008/2009 l'Università di Bari è stata penalizzata per la chiusura delle Scuole di Specializzazione in GENETICA MEDICA (1 contratto A.A. 2007/2008), MEDICINA DELLO SPORT (1 contratto A.A. 2007/2008), MICROBIOLOGIA (1 contratto A.A. 2007/2008).

Si ribadisce la necessità di restituire alla sede amministrativa di Bari almeno le Scuole di Specializzazione alle quali, nell'A.A. 2008/2009, erano assegnati 2 contratti.

Università di Foggia

Segnala, tra le varie assurdità di questa deregulation per le scuole di specializzazione, come la scuola di GERIATRIA, sede capofila Bari ed aggregata Foggia, disponga tra i docenti di un solo professore ordinario qui a Foggia (Prof. Vendemiale) e di due associati a Bari uno dei quali, secondo il bando attuale, verrà nominato Presidente della commissione di esame.

Università di Catania

Per la Scuola di Specializzazione in ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO dell'Università di Catania sono



stati del tutto disattesi i criteri per le scuole di specializzazione da attivare e considerare autonome. La Scuola di Specializzazione in Endocrinologia di Catania infatti, è stata aggregata, seppure con funzione di capofila, a quelle di Catanzaro, Messina e Palermo. Eppure, se la Commissione si fosse basata sui criteri stabiliti:

- produzione scientifica dei docenti
- volume di attività assistenziale e "case mix" (solo la nostra Unità del Garibaldi ha oltre 1.500 ricoveri e 70.000 prestazioni ambulatoriali certificate l'anno)
- dimensioni del tronco comune (Catania ha non solo tutte le discipline necessarie ma anche quasi tutte nella stessa sede ospedaliera e di riferimento Regionale)
- pregressa attività con almeno 3 borse/contratti nazionali negli anni 2003-2008.

Non vi è dubbio che Catania (dove tra l'altro nel 2008-2009 sono state accorpate le due scuole di Endocrinologia riducendo di una unità i contratti nazionali da 6 a 5) largamente eccede positivamente tutti i requisiti indicati ed aveva quindi diritto di essere mantenuta autonoma. Una semplice verifica comparativa con scuole della stessa specialità indica che sono state mantenute autonome, nonostante mancasse oggettivamente almeno il requisito (4), Bari, Chieti, Modena, Pavia, Siena, Varese, Ferrara, Firenze.

Inoltre, la Facoltà ha segnalato criticità e gravi problematiche relative alla situazione in cui vengono a trovarsi, a seguito dei provvedimenti ministeriali, le Scuole di Specializzazione in OCULISTICA, MEDICINA DEL LAVORO, GENETICA.

Sardegna (Università di Cagliari e di Sassari)

Proposta dei Presidi

EMATOLOGIA Sede capofila a Sassari con un Professore Ordinario ed una struttura unica del Nord Sardegna
Sede capofila a Cagliari con un Professore Associato e con più strutture nel Sud della Sardegna

GERIATRIA Sede autonoma a Sassari con 3 contratti ministeriali È stato tolto 1 contratto per cui la prossima volta rischia di essere aggregata

MALATTIE INFETTIVE Sede autonoma a Sassari con 3 contratti (ministeriali + regionali) Sede aggregata seppure capofila ma con un contratto in meno

MICROBIOLOGIA Sede capofila Sassari Sede capofila Cagliari

NEFROLOGIA Sede autonoma come lo scorso anno con 3 contratti ministeriali + regionali Aggregata con sede capofila Cagliari e con riduzione di 1 contratto

NEUROLOGIA Sede autonoma con più di 3 contratti (ministeriali + regionali) Aggregata con sede capofila Cagliari

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE Sede autonoma come lo scorso anno con 3 contratti (ministeriali + regionali) Aggregata con sede capofila Cagliari e con riduzione di 1 contratto

SCIENZE DELL'ALIMENTAZIONE Sede capofila a Sassari Sede capofila a Cagliari

Scuole di Genetica Medica

Sono state ridotte da 24 contratti (scorso anno) a 22 (quest'anno) e soprattutto le seguenti di lunga tradizione ed importanti sono stati accorpate con tre contratti: Milano, Brescia, Pavia, Varese; - Genova, Firenze, Siena, Torino Il che rende oggettivamente complicata la gestione considerato le distanze e soprattutto le capacità formative di ognuna di loro.

Appunti dalla Conferenza permanente

a cura di Amos Casti

La Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale di Medicina e Chirurgia (CPPCCLMMC), che si è costituita circa 25 anni fa per iniziativa del Prof. Giovanni Danieli, e il cui attuale Presidente è il Prof. Andrea Lenzi, si riunisce ordinariamente 4-5 volte all'anno a Roma come sede abituale ed anche nelle città sedi del Corso di Laurea. La 96ª riunione si è tenuta a Monza - Milano Bicocca ed ha visto la partecipazione di quasi tutti i Presidenti o loro delegati dei Corsi di Laurea Magistrale di Medicina e Chirurgia. La collega Marzia Galli Kienle, assieme alle Autorità Accademiche della Sede, ha magnificamente organizzato l'incontro che si è svolto nei giorni di venerdì 9 aprile a Monza e sabato 10 aprile 2010 a Milano Bicocca. Dopo il saluto delle Autorità, la Conferenza ha discusso l'inchiesta su "Cure Primarie e Medicina Generale nel curriculum del CLM in Medicina e Chirurgia", condotta da Italo Vantini, che ha presentato i risultati di tale problematica di tutte le sedi (45 Corsi di Laurea), indicando le modalità di attivazione di tale corso, obbligatorio o come attività elettiva, gli obiettivi, le modalità di svolgimento, il coinvolgimento e le funzioni didattiche dei medici di Medicina Generale, la collocazione cronologica nel percorso dei sei anni, i CFU attribuiti e i settori scientifico disciplinari coinvolti, la tipologia delle attività didattiche, le sedi e le strutture delle attività pratiche, il gradimento degli studenti, la motivazione e l'impegno del personale non universitario, e i punti di forza e le criticità incontrate nella realizzazione.

Gilda Caruso, Gianluca Vago e Domenico Scannicchio hanno presentato le loro esperienze sull'organizzazione ed attuazione di un *Corso di Laurea Magistrale di Medicina e Chirurgia in lingua inglese*. Nell'a.a. 2008/2009, Pavia ha iniziato il corso in inglese ed il collega Scannicchio ha illustrato le problematiche e le soluzioni adottate riguardanti il test di ammissione, lo svolgimento dei corsi integrati e l'impegno dei docenti.

Carlo Della Rocca ha presentato una relazione su gli scopi, le esperienze delle *Site visit*, il questionario di valutazione delle sedi, le commissioni, la verifica e evisione di qualità, gli obiettivi da raggiungere ed il programma per la prossima esperienza.

Alfred Tenore, richiamando le esperienze del *Progress test*, che per il prossimo anno si terrà mercoledì 17 novembre 2010, ha analizzato la situazione dell'esame di stato per l'abilitazione alla professione di medico chirurgo rilevando diverse criticità e prospettando alcune soluzioni derivate dal *progress test*.

Giuseppe Familiari ha relazionato sullo stato dell'arte relativo alla candidatura di Roma per lo svolgimento del Congresso della *Association for Medical Education*

in Europa (AMEE) illustrando la sede e le strutture necessarie per lo svolgimento di tale importante evento.

Nella mattinata di sabato si è tenuto un importante forum sulle attività didattiche professionalizzanti (ADP), introdotto con la consueta abilità pedagogica da Luciano Vettore, in cui i presenti sono stati suddivisi in quattro gruppi. Il primo si è occupato di proporre un elenco di ADP pratiche e metodologiche essenziali e individuare modalità utili per la scelta, l'apprendimento e la valutazione delle competenze metodologiche; il secondo, sulla base di esperienze locali, aveva il compito di definire nei fini e nei risultati le modalità ottimali di distribuzione delle "ADP" lungo i sei anni del corso; nel terzo sono state presentate due esperienze (Modena-Reggio Emilia e un CLM di Roma La Sapienza) del rapporto con il territorio per l'insegnamento-apprendimento delle ADP; l'ultimo si è occupato delle ADP e i rapporti con la componente ospedaliera. Al termine di questo importantissimo forum, Pietro Gallo ha fatto una sintesi di questa e di precedenti esperienze (*Atelier* di Torino e *mini-Lecture* di Roma), illustrando i punti chiave e le proposte operative che la Conferenza dovrà mettere in cantiere nei prossimi incontri.

Le relazioni presentate nella 96ª riunione della Conferenza, come quelle degli altri incontri, sono il frutto di Gruppi di Lavoro che il Presidente Lenzi ha attivato fin dal suo primo mandato. Alcuni di questi gruppi hanno esaurito il loro compito con degli elaborati utilizzati poi nelle varie sedi, ed altri proseguono la loro attività che si aggiornerà continuamente con il procedere delle esperienze o per l'adeguamento alla normativa in evoluzione. In questo momento particolare rilievo assumono quelli relativi alla Medicina del territorio, il *Progress test* e le *Site visit*. Il Gruppo di Lavoro delle *Site visit*, in questi ultimi cinque anni, ha coinvolto quasi tutti i Presidenti di Corso di Laurea e tutte le sedi sono state visitate da Commissioni a questo proposito costituite ed hanno potuto rilevarne le criticità e le eccellenze dei Corsi di Laurea Magistrale di Medicina e Chirurgia di tutte le Facoltà italiane, facendo emergere un quadro che ha fornito importanti strumenti per il controllo di qualità dei Corsi di Laurea. Questo programma di valutazione di qualità è un primo tentativo di "accreditamento" dei corsi dei CLM e potrebbe essere acquisito dal sistema nazionale di valutazione della formazione universitaria.

I prossimi incontri della Conferenza sono programmati per: 12 luglio 2010 a Roma; 10 e 11 settembre 2010 a Portonovo (Ancona) e 19 e 20 novembre 2010 a Bari.

Mozione per l'applicazione della Riforma D.M. 270/04

a cura di Luisa Saiani

Le 2 giornate di lavoro del Meeting di Portonovo sono state dedicate soprattutto all'applicazione del D.M. 270/04, del D.I. 19 febbraio 2009 e del D.M. 8 gennaio 2009 ai C.d.L. e C.d.L.M. delle professioni sanitarie, al fine di garantire sul territorio nazionale la massima uniformità. A tal proposito, si riportano gli orientamenti emersi, tenuto conto degli interventi dei Relatori e dei Rappresentanti dei Ministeri e del CUN

1. SCADENZE

Due possibilità

1. Attivazione corsi nell'a.a. 2010 -2011

Settembre - ottobre 2009: Ordinamenti e Regolamenti in Facoltà

31 gennaio 2010: invio al MiUR tramite procedura informatica degli ordinamenti didattici

2. Attivazione corsi nell'a.a. 2011 -2012

Settembre - ottobre 2010: Ordinamenti e Regolamenti in Facoltà

31 gennaio 2011: invio al MiUR tramite procedura informatica degli ordinamenti didattici

2. DENOMINAZIONE DEI CORSI DI LAUREA

All'articolo 1, comma 9 del DI 19/02/09 è previsto che "Le università attribuiscono al corso di laurea una denominazione corrispondente a quella della figura professionale di cui ai relativi decreti del Ministro della sanità".

Con nota protocollo 3056 del 27 luglio 2009 della D.G. del MiUR si informa che "Per quanto riguarda le denominazioni delle lauree in questione trattandosi di titoli aventi valore abilitante, si ritiene di poter confermare che, come indicato con nota prot. 2348 del 19.12.2002 per i corsi previsti dal DI 2.4.2001, le denominazioni devono essere uniformi sul territorio nazionale e corrispondenti a quelle delle rispettive figure professionali dell'area sanitaria".

Alla luce dei due riferimenti riportati, considerando in particolare che la questione era già stata affrontata per il precedente ordinamento degli studi, la denominazione dei corsi non dovrebbe cambiare e rispetto alle lauree precedenti (salvo casi irregolari già evidenziati precedentemente)

3. CRITERI E LIMITI DA OSSERVARE NELLA COSTRUZIONE DEI PIANI DI STUDIO DEI CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE

La progettazione dei C.d.S. prevede l'assolvimento del limite del numero massimo di esami (20); in particolare, in tali C.d.S., dei 20 esami previsti 3 sono riservati all'esame di tirocinio per ciascun anno di corso e 1 per le attività formative autonomamente scelte dallo studente, per cui il totale di esami relativi alla attività didattica teorica sarà pari a 16.

La distribuzione dei crediti nelle diverse attività formative risulta, di norma, quella riportata nella tabella.

La circolare del MIUR 160/4 settembre 2009, relativa ad ulteriori interventi per la razionalizzazione e qualificazione dell'offerta formativa, dispone l'attribuzione di non meno 6 CFU per insegnamento o modulo coordinato. Questa indicazione mette in difficoltà la predisposizione di piani didattici dei CdL delle Professioni Sanitarie, che devono da una parte contare su 96 (al massimo) su 180 CFU per gli insegnamenti teorici, dall'altra garantire apporti disciplinari specifici, ma per un numero di CFU molto inferiore a 6.

In considerazione, in particolare, del vincolo dei 60 CFU da assegnare e al tirocinio (pari a 1/3 del totale dei CFU) si propone, pertanto, di abbassare a 4 CFU la quota minima necessaria per insegnamento, e di prevedere la sua articolazione in media in 3 moduli, ciascuno dei quali di 1-2 CFU.

Gli Atenei hanno anche disciplinato il peso in ore del CFU tra le diverse modalità didattiche; per la didattica frontale c'è un elevato range: in alcuni casi 6 ore, in altri 8, 10, fino a 15 ore (il massimo consentito dalla normativa). La conseguenza di questa applicazione produrrà per corsi formativi altamente diffusi dal punto di vista dell'investimento teorico formativo.

Si propone pertanto di garantire:
almeno il 50% di studio individuale negli insegnamenti teorici
equilibrio tra aula / esercitazioni / studio individuale (va progettato e governato)
10-12 ore / CFU di didattica frontale negli insegnamenti teorici (12-15 per la Classe 1)
20 ore /CFU di presenza studente nei laboratori professionali
25 ore /CFU per tirocinio (30 ore per la Classe I)

4. PROPOSTE PER UN'APPLICAZIONE DEL CRITERIO DI COPERTURA DELLA DOCENZA

1. 50 % Insegnamenti affidati a professori e ricercatori universitari

Il Dlvo 502/92 stabilisce che di norma l'insegnamento è affidato a personale del ruolo sanitario. Nella realtà nei C.d.S. delle professioni sanitarie circa il 40% della docenza è strutturata con universitari, mentre la parte restante è in carico a docenti appartenenti al SSN e docenti esterni (per contratti specifici come per gli insegnamenti di lingua inglese).

Il Decreto 19 febbraio 2009 recita che "Almeno il cinquanta per cento degli insegnamenti previsti dagli ordinamenti didattici dei corsi di laurea [...] è affidato a professori e ricercatori universitari [...]. Sono escluse dal calcolo del cinquanta per cento le attività di tirocinio, ovvero i 60 CFU professionalizzanti...."

Si auspica che il Comitato di Valutazione Universitaria colga questa particolarità e fornisca indirizzi per una interpretazione univoca di tale norma sul territorio nazionale.

60 CFU	Tirocini
3 CFU	Laboratori professionali obbligatori
6 CFU	Attività autonomamente scelte dello studente
6 CFU	Attività di lingua/informatica (seminari)
9 CFU	Esame finale e inglese
96 CFU	Attività didattica teorica <i>di cui minimo 30CFU (per la prima classe) e 15 CFU (per le altre classi) sono vincolati su SSD del profilo professionale del CdL in base al DM19 febbraio 2009; Tali CFU, per la loro valenza professionalizzante, vengono erogati prevalentemente da Docenti del SSN, anche se la Conferenza auspica per il futuro un graduale aumento di Docenti strutturati e appartenenti ai SSD delle professioni sanitarie.</i>
180 CFU	Totale

Tab. 1 - Distribuzione dei crediti nelle diverse attività formative.

Per quanto riguarda la copertura del 50% degli insegnamenti affidati a professori o ricercatori universitari sono state analizzate varie ipotesi interpretative, per esempio considerare:

- 50% degli "Insegnamenti" (8 docenti universitari responsabili, perciò, della metà dei sedici insegnamenti)
- 50% di tutti i docenti
- 50% del totale CFU di teoria (su un massimo di 96 CFU di attività teorica, 48 CFU ricoperti da docenti universitari)
- 50% del totale CFU non vincolati su SSD del profilo professionale specifico del CdS (in quanto per la gran parte ricoperto da docenti afferenti al SSN); quindi, la base di calcolo risulta pari a massimo 66 CFU [=96-30] nei C.d.S. della Classe 1 (per un totale di 33 CFU coperti da universitari) e 81 CFU [=96-15] negli altri C.d.S. (per un totale di 41 CFU coperti da universitari)
- 50% del totale minimo di CFU previsti per la teoria (su 66 CFU, 33 coperti da docenti universitari)

Il conteggio docenti max due volte dovrebbe essere superato fissando un tetto max di CFU ricoperti dallo stesso docente (es. 9 o 12 CFU)

Si auspica un chiarimento condiviso con i due Ministeri per trovare una soluzione equilibrata che salvaguardi la componente accademica, ma nello stesso tempo anche la docenza resa disponibile dal Servizio Sanitario Nazionale.

2. Affidamento Insegnamenti a Personale del Ruolo Sanitario.

All'articolo 3, comma 1 del Decreto 19 febbraio 09 si stabilisce che "Le competenti strutture didattiche determinano, con il regolamento didattico del corso di laurea, l'elenco degli insegnamenti, da affidare anche a personale del ruolo sanitario".

Il Rappresentante del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali ha ribadito il forte interesse a difendere la docenza del SSN e a regolare mag-

giormente questi incarichi.

Data l'attuale eterogeneità di modalità seguite per l'incarico di docenza al personale del S.S.N., si auspica un rioridino generale e linee guida sulla procedura dell'affidamento a personale del ruolo sanitario con effettive caratteristiche professionali e scientifiche predefinite.

Si segnala, peraltro, la forte instabilità del sistema formativo derivante da "affidamenti" di durata annuale.

Pertanto, si chiede se sia possibile rinnovare l'affidamento allo stesso docente per almeno un triennio, previa valutazione positiva annuale da parte della struttura didattica.

5. DURATA MASSIMA DEL PERCORSO IN ANNI DI STUDIO

All'articolo 6, comma 3 del Decreto 19 febbraio 09 è previsto che "Il titolo di studio è conseguibile indipendentemente dal numero di anni di iscrizione all'università".

Se va inteso che non ci sono limiti al numero di anni entro cui lo studente può conseguire il titolo si segnala che, in un corso di laurea dove il tirocinio professionale è caratterizzante, conseguire la laurea abilitante all'esercizio professionale in un periodo più lungo del doppio rispetto a quello della durata minima del corso di laurea, e magari a distanza di molti anni dall'ultima esperienza di tirocinio, può non garantire la sicurezza degli utenti e degli studenti stessi.

Si chiede, pertanto, se la durata massima degli studi possa essere regolamentata a livello nazionale o, in alternativa, se possa essere regolamentata nei RAD al fine di tener conto sia dell'obsolescenza delle conoscenze e delle competenze professionali, sia dei criteri di efficienza di cui alla Legge del 9 gennaio 2009 n. 1, art 2.

6. REQUISITI MINIMI E RICADUTE SUL FINANZIAMENTO 7%

Il DM Università 31 ottobre 2007 -Requisiti dei corsi di laurea - nella Tabella 7 fissa il numero minimo di 10 studenti e il numero massimo di 75 studenti per corso di laurea.

Questi parametri vengono utilizzati come indicatori della qualità dell'offerta formativa utili alla determinazione della quota 7% FFO annuale.

I corsi di laurea in Infermieristica, che sono molto numerosi, influiscono notevolmente sul numeratore, per esempio 350 studenti vengono conteggiati come 5 C.d.L.; pertanto il rapporto docenti di ruolo che appartengono ai settori di base e caratterizzante e numero dei C.d.L. abbassa l'indicatore, penalizzando le Facoltà di Medicina che si sono assunte il maggior impegno di formazione soprattutto per il C.d.L. in Infermieristica. Come conseguenza si potrebbe verificare la tendenza a ridurre il numero d'iscritti pur a fronte di fabbisogni elevati.

Si segnala ai Ministeri competenti la proposta di correggere questo parametro considerando i corsi di laurea delle professioni sanitarie almeno al 50%, in considerazione del fatto che i docenti dei C.d.L. delle professioni sanitarie sono "di norma appartenenti al SSN".

Il consenso informato quale parte integrante della prestazione sanitaria

Natale Callipari

Il consenso informato consiste nella libera e consapevole scelta da parte del paziente o, come vedremo del cittadino, in ordine alle cure e sanitarie che lo riguardano per l'effetto delle corrette informazioni ricevute da parte del medico.

Tale nozione rappresenta il punto di arrivo di un percorso non molto lungo iniziato in Italia nel 1990 con la sentenza relativa al noto caso "Massimo", con la quale è iniziato un processo di radicale mutamento del rapporto tra il medico ed il paziente, trasformatosi dal tradizionale modello paternalistico a quello personalistico.

Fin dai tempi antichi, infatti, il comportamento del paziente nei confronti del medico era sempre stato caratterizzato da una forte fiducia, in quanto il malato si faceva curare senza chiedere chiarimenti sul trattamento né sulle azioni terapeutiche ed il medico si trovava su un piano superiore rispetto a quello del paziente.

Dopo le esperienze della seconda guerra mondiale, le nuove Costituzioni emanate dagli Stati occidentali hanno portato all'affermazione di importanti diritti dei cittadini, quali quelli della libertà, della dignità e della inviolabilità della persona umana. Si tratta di diritti che nei decenni successivi hanno trovato effettiva e concreta attuazione e sviluppo nelle legislazioni e nella giurisprudenza.

È nata così una nuova prospettiva personalistica del rapporto medico-paziente nella quale si inserisce l'istituto del consenso informato, che mira a porre al centro dell'attività del medico non tanto il malato, quanto la persona. La dottrina e la giurisprudenza sono giunte, di recente, a riconoscere un ruolo primario al consenso informato, inteso come diritto del cittadino in quanto detto principio riguarda non solo la tutela della persona del malato, ma del cittadino in genere.

Oggi il cittadino si rivolge al medico e alle strutture sanitarie con un approccio diverso rispetto al passato.

Infatti, in primo luogo lo sviluppo della medicina preventiva ha portato il cittadino a sottoporsi a maggiori controlli clinici per la diagnosi di eventuali patologie che poi, di fatto, nella maggior parte dei casi per fortuna non sussistono.

Pensiamo, ad esempio, agli esami ecografici o alla risonanza magnetica per i quali è pur sempre necessario il consenso informato.

In secondo luogo, sempre e più frequenti sono anche gli interventi di chirurgia estetica ai quali si sottopone il cittadino che, pur non essendo affetto da alcuna patologia, mira ad ottenere un miglioramento estetico.

In terzo luogo, la ricerca consente oggi di prevenire l'insorgere di numerose malattie grazie alle vaccinazioni per le quali è richiesto in ogni caso il consenso informato.

Questi esempi ci permettono di affermare che il consenso informato è un concetto non più attinente alla sfera del paziente, ma a quella del cittadino che richiede le prestazioni sanitarie.

Il consenso informato, prima che un limite o una regola per il mondo sanitario, è infatti un diritto del cittadino, riconosciuto e garantito dagli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione. Ed infatti:

a) l'art. 2 della Costituzione, nel disporre che "la repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo", sancisce l'invulnerabilità dei diritti della persona.

b) L'art. 13 della Costituzione, secondo il quale "La libertà personale è inviolabile", garantisce l'invulnerabilità della libertà della persona, anche con riferimento alla libertà di salvaguardia della salute e dell'integrità fisica.

c) Ed infine, l'art. 32, al 2° comma stabilendo che "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana", nega la possibilità di effettuare trattamenti sanitari a prescindere dal consenso del cittadino.

Il consenso informato è stato quindi il naturale sviluppo dei diritti sanciti dalla Costituzione.

Il consenso informato come diritto del cittadino è nato per la prima volta negli Stati Uniti con il noto caso "Salgo" del 1957. La Corte Suprema della California affermò, infatti, che "il medico ha il dovere di comunicare al paziente ogni fatto che sia necessario a formare la base di un 'intelligent consent' al trattamento proposto". Con tale pronuncia i magistrati statunitensi sottolinearono che l'obbligo dell'informazione al fine di ottenere un adeguato e consapevole consenso (definito con il termine "consenso intelligente") si doveva doverosamente ed in modo tassativo estendere non solo agli eventuali e probabili pericoli legati al tipo di prestazione proposta, ma anche alle possibili terapie alternative che in concreto ed utilmente in senso pratico potevano essere scelte ed effettuate. Nella fattispecie in esame, infatti, il signor Martin Salgo affetto da paralisi irreversibile in conseguenza di una aortografia translombare aveva citato in giudizio il proprio medico, accusandolo di aver agito con negligenza e di aver omesso di avvertirlo dei pericoli e dei rischi cui poteva andare incontro. Il tribunale non limitò le indagini e non circoscrisse il dibattito alla sola dimostrazione del tipo di prestazione data dal danneggiato al trattamento proposto, ma pose l'accento e dirresse l'attenzione sull'entità e sulla qualità dell'informazione che aveva preceduto l'acquisizione del consenso, introducendo così un nuovo elemento giuridico oggettivo da considerare come fattore indipendente.

Per quanto riguarda l'Italia, il primo riconoscimento del consenso informato risale, come abbiamo accennato, al caso "Massimo" del 1990. La Corte d'Assise di Firenze, con sentenza del 18 ottobre 1990 (confermata dalla V sezione della Cassazione Penale con sentenza del 21.04.1992, n. 699), condannava il chirurgo fiorentino al reato di omicidio preterintenzionale per aver sottoposto un'anziana paziente ad un intervento chirurgico demolitivo (resezione addomino-perineale con l'allestimento di colostomia sinistra) non concordato né consentito ed in completa assenza di necessità ed urgenza terapeutica in grado di giustificarlo. Nella sentenza di primo grado si legge: "... senza minimamente curarsi dei limiti del consenso ricevuto, senza che si fosse verificata alcuna situazione di emergenza, senza che la situazione clinica della paziente lo richiedesse in

alcun modo necessario, non solo non decise di sospendere l'intervento, ma, all'opposto, senza esitazione alcuna e senza consultarsi minimamente con gli altri membri dell'equipe, praticò alla paziente un intervento che non solo ella non aveva consentito ma che era chiaramente contro la volontà di lei...". All'addebito del delitto di omicidio preterintenzionale fece seguito contestualmente il procedimento disciplinare che si concluse con la radiazione del medico dall'Albo professionale.

È bene sottolineare che con tali pronunce, entrambe relative ad ipotesi di omesso o invalido consenso informato, nasce la moderna responsabilità del medico. Si può dunque certamente affermare che la responsabilità medica è nata dalla consacrazione dei diritti inviolabili della persona e dal riconoscimento del consenso informato. In effetti, il medico non si è trovato spaesato di fronte all'affermazione di una sua responsabilità per violazione delle regole relative alla diligenza, prudenza e perizia in quanto si tratta di principi collegati alla tecnica ed alla deontologia che gli sono stati insegnati.

I problemi, al contrario, sono sorti con la nascita dell'obbligo d'informazione e con l'obbligo di acquisire il consenso informato.

Le regole che presidono il consenso informato, ossia il suo contenuto, la forma che deve rivestire ed i soggetti interessati, debbono essere parte del processo formativo del medico.

Salvo i casi di urgenza nei quali non è richiesto il consenso informato, il professionista deve essere, infatti, in grado di informare in modo chiaro ed esauriente il paziente sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla natura del trattamento sanitario, sui rischi prevedibili, sulle terapie alternative, nonché sullo stato di efficienza della struttura sanitaria presso la quale opera.

In particolare, al fine di ottenere un consenso veramente consapevole del paziente, l'informazione deve essere resa dal medico con un linguaggio semplice e chiaro, adatto al livello di educazione e di cultura del paziente stesso, tenendo conto anche dello stato di ansia e dello stato emotivo di quest'ultimo in modo che sia messo nell'effettiva condizione di comprendere la portata e le conseguenze dell'intervento e/o della terapia da effettuarsi.

Un aspetto di particolare rilevanza che il professionista sanitario deve, inoltre, tenere conto nel suo rapporto col paziente, è la forma che deve rivestire l'informazione ed il consenso.

In proposito, il legislatore italiano ha espressamente previsto la forma scritta del consenso informato nei seguenti casi particolari: a) art. 2 della Legge n. 458/1967 sul trapianto del rene tra persone viventi, che, peraltro, a tal fine prevede un'apposita procedura di volontaria giurisdizione; b) art. 2, lett. d) del D.lgs. n. 211/2003 sulla sperimentazione clinica di medicinali ad uso umano; c) art. 6 della legge n. 40/2004 sulla procreazione medicalmente assistita il quale dispone che la volontà di entrambi i soggetti della coppia sia espressa per iscritto al medico responsabile della struttura, secondo le modalità da definirsi con decreto ministeriale; d) art. 14 della Legge n. 194/1978 sulla interruzione volontaria della gravidanza; e) art. 2 della Legge n. 164/1982 sulla rettificazione in materia di attribuzione di sesso; f) Legge n. 107/1990 sulle attività trasfusionali; g) Legge n. 219/2005 sul prelievo per donazione del sangue.

Al di fuori di questi casi, la forma del consenso informato è libera e per pacifica giurisprudenza può essere provata con qualsiasi mezzo.

Da qui si è diffusa la prassi di utilizzare moduli prestampati nei quali sono contenute le informazioni del medico e nei quali viene espresso il consenso da parte del paziente al trattamento diagnostico e/o terapeutico. La forma del consenso informato richiama necessariamente, dunque, il tema della prova del consenso informato.

È indubbio, infatti, che il diffondersi dell'uso della modulistica trova la sua fonte non tanto e non solo nella c.d. medicina difensiva, ma nell'onere che ormai pacificamente la giurisprudenza pone a carico del sanitario circa la prova dell'avvenuta adeguata informazione del paziente.

A fronte di questi sviluppi legislativi e giurisprudenziali, il modo di operare del medico ha subito, pertanto, dei profondi cambiamenti dovuti anche, d'altro canto, al diverso contesto in cui oggi egli si trova ad esercitare l'attività sanitaria. Infatti, si è passati in poco tempo dalla responsabilità del medico alla responsabilità medica.

La prestazione sanitaria non è più riconducibile esclusivamente al singolo medico, alla sua esperienza ed alla sua capacità, ma sempre più frequentemente viene svolta all'interno di complesse strutture sanitarie, organizzate in aziende, con l'utilizzo di macchinari ed attrezzature sempre più sofisticati e con l'aiuto e la collaborazione di altri medici e con l'assistenza del personale paramedico. Nel suddetto contesto, l'operare del medico viene condizionato fortemente dall'organizzazione dell'ente presso cui presta la propria attività, a tal punto che egli non sempre è in grado di incidere sull'organizzazione stessa, anzi al contrario finisce per subirla.

Le statistiche fornite dall'Ania dimostrano che la maggior parte dei presunti "errori medici" dipendono da carenze strutturali ed organizzative degli enti ospedalieri.

È evidente quindi che la classe medica si è trovata in poco tempo di fronte alla valorizzazione del cittadino riconosciuto titolare di fondamentali diritti costituzionali, al rapido sviluppo della scienza e della tecnologia e all'aziendalizzazione delle strutture sanitarie in cui si svolge la maggior parte dell'attività medica. Il mondo medico ha reagito positivamente alle novità tecniche, tecnologiche ed informatiche, mentre si è trovato impreparato e sorpreso di fronte ai casi in cui veniva accertata la sua responsabilità non per aver operato con negligenza, imperizia ed imprudenza, ma per non aver acquisito un valido consenso informato.

Negli ultimi anni, difatti, la giurisprudenza ha conferito maggiore importanza all'autonomia della volontà della persona, attribuendo al consenso informato un ruolo sempre più autonomo, fino a generare ipotesi autonome di responsabilità anche in assenza di errore.

Si è passati così da un concetto di consenso informato come condizione di liceità dell'operato del medico che agisce sull'ampiezza e sulla quantità della responsabilità medica ad un concetto qualitativamente diverso, attento alla tutela della persona del paziente.

Al riguardo, sono emerse in giurisprudenza ipotesi di responsabilità del sanitario per omesso od invalido consenso informato pur in assenza di violazione delle regole dell'attività medica. A titolo di esempio, si richia

ma, a tal proposito, il caso di un paziente che si sottoponeva ad un intervento chirurgico di rimozione di alcuni tatuaggi presenti sulle braccia e sulle gambe e che ha condotto ad esiti cicatriziali antiestetici. In tale occasione, la giurisprudenza aveva statuito la responsabilità del chirurgo plastico per il fatto che questi, pur avendo eseguito l'intervento secondo le regole dell'arte medica, non aveva informato il paziente in ordine alla possibilità di esiti cicatriziali.

A seguito di tali orientamenti giurisprudenziali, si può affermare che tra il grande tema della responsabilità medica e quello non meno importante del consenso informato si è venuto a creare uno stretto collegamento, tale che il consenso informato rappresenta oggi la porta principale d'accesso alla responsabilità medica.

Di fronte a queste pronunce, ben si può comprendere come la classe medica si sia trovata spaesata, oltre che preoccupata, di fronte a questi nuovi principi sanciti dalla giurisprudenza.

Tuttavia è indispensabile che oggi il mondo medico si proietti in una diversa prospettiva e percepisca il consenso informato non più come un pesante onere che si aggiunge ai tanti doveri inerenti all'attività medica, ma come parte integrante della stessa prestazione sanitaria.

Di conseguenza va superata l'idea per la quale il buon medico è quello che opera nel pieno rispetto delle regole dell'ars medica. Il medico che non informa il paziente e non acquisisce un valido consenso, non opera bene e non adempie esattamente la propria prestazione. L'informazione non va più vista, dunque, come un'attività accessoria ed esterna alla relazione medico-paziente, ma è essa stessa attività medica. Si può pertanto affermare che così come il diritto del cittadino non è solo diritto alle cure e ma anche diritto all'informazione, così l'obbligo del medico di curare comprende anche l'obbligo di informare sulle cure.

Su questo nuovo modo di concepire e l'istituto fondamentale del consenso informato deve porre la dovuta attenzione non solo il singolo professionista, ma anche la struttura sanitaria, in quanto parte contrattuale che sostanzialmente sostiene l'onere economico correlato alla responsabilità medica, anche se formalmente rimane estranea – sia pure ingiustamente – dalla problematica del consenso informato che ruota ancora intorno al medico ed al rapporto con il paziente. In proposito, appare opportuno evidenziare che la giurisprudenza ha chiaramente confermato la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria, sulla base del principio secondo il quale l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto qualificato come un autonomo ed atipico contratto a prestazioni corrispettive, detto contratto di "assistenza sanitaria".

In giurisprudenza si è inoltre affermato che qualora non sia possibile, come accade di frequente nella realtà, individuare con esattezza il medico che avrebbe dovuto provvedere al dovere di informazione, a rispondere sarà l'ente ospedaliero, chiarendo che la mancata identificazione del medico o dei medici che avrebbero dovuto provvedere ad acquisire il consenso informato non assume rilievo alcuno, perché ciò che conta per affermare la responsabilità diretta della Pubblica Amministrazione per il fatto illecito commesso dal dipendente non è tanto l'identificazione del dipendente al quale debba positivamente attribuirsi il fatto, quan-

to la circostanza che la causa di tale danno possa essere inequivocabilmente riferita al comportamento (commissivo od omissivo) del pubblico dipendente, quantunque rimasto ignoto.

Alla luce dei suddetti orientamenti giurisprudenziali, è evidente come si ponga la necessità di superare l'idea del consenso informato strettamente ancorato al rapporto medico-paziente per orientarsi invece verso una visione più ampia e positiva.

Il consenso informato non deve più essere sentito come un obbligo o una preoccupazione del singolo operatore sanitario, ma deve essere concepito come un problema che tocca da vicino anche la struttura sanitaria. Questo nuovo modo di concepire l'istituto del consenso informato in parte già avviene, di fatto, in alcuni enti ospedalieri, ove l'organo amministrativo decide quali moduli adottare all'interno della struttura.

Va da ultimo segnalato come le decisioni dei giudici, che condannano sempre più i medici qualora manchi un'adeguata informazione al paziente, abbiano spinto le compagnie di assicurazione a considerare la mancanza di un valido consenso informato come una forma di responsabilità a totale carico dell'assicurato (ossia, la struttura sanitaria). La maggior parte delle polizze predisposte dalle compagnie di assicurazione per la copertura dei rischi in materia sanitaria non prevedono, oppure riducono notevolmente, l'operatività della polizza stessa, qualora la responsabilità del medico derivi dalla mancata acquisizione del consenso informato da parte del paziente. Si pensi alle clausole tipo che si riscontrano nella prassi dal seguente tenore: "*Per le prestazioni sanitarie per le quali è obbligatorio richiedere il consenso informato giuridicamente valido si precisa che la garanzia è operante a patto che la prestazione medica sia stata preceduta dall'acquisizione di tale consenso. In mancanza di detto consenso la copertura assicurativa si intende prestata con l'applicazione di uno scoperto del 10% di ogni sinistro, con il minimo non indennizzabile di ?..... ed un massimo di scoperto di ?.....*"; oppure, "*L'Assicurazione non vale per la responsabilità imputabile esclusivamente ad assenza del consenso informato*" ed ancora "*Qualora venga accertata in sede di giudizio la responsabilità civile dell'assicurato derivante da vizio di acquisizione del consenso informato o da non corretta e/o non compiuta redazione di referti o cartelle cliniche, a condizione che tale condotta non comporti che abbia comportato un danno materiale al paziente risarcibile ai sensi di polizza, l'assicurazione è prestata con uno scoperto del 10% per ciascun sinistro con il minimo assoluto di ?.....*".

È inevitabile quindi che il moltiplicarsi delle richieste di risarcimento nei confronti dei medici ha imposto alle compagnie assicurative di correre ai ripari non solo elevando il costo dei premi, ma introducendo anche delle franchigie per cercare di evitare in tutti i modi di "soccorrere" i medici dalle richieste dei pazienti.

È chiaro dunque che le strutture ospedaliere non possono più sottovalutare il problema dell'informazione e dell'acquisizione del consenso e necessariamente le strutture stesse dovranno approntare tutti quegli accorgimenti necessari affinché il proprio personale dipendente sia formato e preparato su tale materia.

In particolare, è utile e necessario che gli enti sanitari provvedano alla formazione del proprio personale

medico, posto che è il singolo professionista che riesce ad incidere, attraverso il colloquio con il paziente, sulla consapevolezza di quest'ultimo.

Va, tuttavia, sottolineato che il difficile e complesso compito della formazione dei medici non può fare capo esclusivamente alle strutture sanitarie, le quali sono impegnate ad erogare la prestazione sanitaria.

Si auspica invece uno scenario diverso in cui alla formazione del medico provvederanno le Università, inserendo nei programmi di esame non tanto lo studio della responsabilità medica, quanto del consenso informato, ossia di una parte della responsabilità medica.

Ed invero, la responsabilità medica derivante da negligenza, imprudenza ed imperizia investe il mancato rispetto di regole che il medico già conosce.

Maggiori problemi incontra il medico, invece, in tema di consenso informato, in quanto si tratta di un argomento che attualmente non è oggetto di formazione. Tanto è vero che il medico non percepisce come un dovere e l'obbligo informativo verso il paziente, né è edotto su chi, quanto e come deve informare.

È evidente che solo il mondo universitario accademico, in quanto luogo naturale deputato alla formazione del medico, può adottare un percorso formativo a cavallo tra il diritto e la scienza medica e, quindi, svolgere una funzione formativa per il medico del futuro. Così come per i medici attualmente in attività, un importante ruolo formativo può essere svolto dalle associazioni di categoria.



Selezione dei migliori futuri medici

Vito D'Andrea, Kyriacos A. Kyriacou (Roma, La Sapienza)

L'accesso alle Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università dello Stato Italiano è disciplinato dalla legge 2 agosto 1999, n°264:

Art.1 = Sono programmati a livello nazionale gli accessi... ai corsi di laurea in Medicina e Chirurgia... in conformità alla normativa comunitaria vigente e alle raccomandazioni dell'UE che determinano standard formativi tali da richiedere il possesso di specifici requisiti.

Art.2 = L'ammissione ai corsi... è disposta dagli Atenei previo superamento di apposite prove di cultura generale, sulla base dei programmi della scuola secondaria superiore, e di accertamento della predisposizione per le discipline oggetto dei corsi medesimi... Il Ministro determina con proprio decreto modalità e contenuti delle prove di ammissione senza oneri aggiuntivi per il bilancio dello Stato.

Il test di accesso è predisposto dalla Commissione Ministeriale, è svolto nello stesso giorno e alla stessa ora in tutte le Università Statali e consiste in 80 quiz con 5 risposte indicate di cui una soltanto è quella giusta.

Gli argomenti oggetto del test sono i seguenti:
Logica e cultura generale = 26 quiz;
Biologia = 18 quiz;
Chimica = 18 quiz;
Fisica e Matematica = 18 quiz.

La graduatoria è locale e distinta per le singole Facoltà.

Anche per quest'anno non è prevista la valutazione del voto di maturità e della carriera scolastica. Tuttavia nella legge 11 gennaio 2007, n°1, al primo comma dell'Art.2, è scritto l'intento di "valorizzare la qualità dei risultati scolastici degli studenti ai fini dell'ammissione ai corsi di laurea universitaria di cui alla legge 2 agosto 1999, n°264". Ed ancora al secondo comma dell'Art.2, lì dove si tratta dei principi e criteri direttivi, è previsto che "una quota del punteggio degli esami di ammissione ai corsi universitari di cui all'articolo 1 della legge 2 agosto 1999, n°264, sia assegnata agli studenti che abbiano conseguito risultati scolastici di particolare valore, nell'ultimo triennio e nell'esame di Stato, anche in riferimento alle discipline più significative del corso di laurea prescelto, definendo altresì, in detti decreti, i criteri volti a valorizzare le discipline tecnico-scientifiche".

Sul totale del punteggio del test di accesso a Medicina e Chirurgia, in quale percentuale dovrebbero contare il voto di maturità e la valutazione dell'ultimo triennio della carriera scolastica?

Noi riteniamo che la percentuale relativa dovrebbe essere il 20% dell'intero punteggio.

Al fine di superare le differenze di valutazione tra i diversi Istituti della Scuola Secondaria Superiore del Nord, Centro e Sud d'Italia e di rendere nulle le disparità di votazione nei diversi Istituti e l'eterogeneità di giudizio delle Commissioni d'esame, è necessario normalizzare il punteggio in funzione della media dei voti per ogni Istituto.

La valutazione del voto di maturità dovrebbe, a nostro avviso, crescere in progressione lineare da 60 a 100, con un punteggio aggiuntivo per la lode.

La valutazione della carriera scolastica dovrebbe riguardare la media dei voti e le votazioni nelle materie specifiche (Biologia, Chimica, Fisica, Matematica e Scienze) nell'ultimo triennio.

Come vengono valutati negli altri Paesi Europei il voto di diploma di maturità e la carriera scolastica?

In Francia essi non vengono proprio valutati, perché non esiste un test di accesso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia. Al termine del primo anno di corso c'è una severa selezione, per cui molti studenti non possono proseguire gli studi di Medicina e devono cambiare strada.

Ad Oxford, Gran Bretagna, sono richieste votazioni elevate (livello A = A, AA, AAA) in Chimica ed in un'altra materia a scelta tra Biologia, Fisica e Matematica.

A Navarra, Spagna, il punteggio finale è composto per la metà dal risultato del test di ammissione, che è simile al nostro, e per l'altra metà dal punteggio del baccellierato, che equivale al diploma di maturità.

In Olanda, se il voto di diploma è pari o superiore ad otto/decimi si è ammessi alla Facoltà di Medicina senza test di accesso, mentre, al contrario, se il voto di diploma è inferiore a otto/decimi si deve superare un concorso nazionale.

In Belgio, nelle Università di lingua francese valgono le stesse regole della Francia, mentre nelle Università fiamminghe c'è un test di accesso a Medicina.

In Portogallo, c'è un test di accesso a Medicina in cui si valuta la preparazione degli studenti nelle materie di Biologia, Chimica, Fisica e Matematica.

Il processo di selezione

Su *Lancet* è stato scritto:

"La selezione di uno studente idoneo per la Facoltà di Medicina è un evento importante tale da consentire la formazione di un buon medico che sappia rispondere in pieno alla complessità della sua missione" (Jones R et al. Changing face of medical curricula. *The Lancet*, 2001; 357: 699-703.).

Ed ancora, sul *British Medical Journal* è stato scritto:

"Le Facoltà Mediche, spesso con risultati non del tutto soddisfacenti, dedicano molta attenzione al curriculum degli studi di Medicina e troppo poca alla selezione degli Studenti" (Tutton P. and Price M. Selection of medical students. Affirmative action goes beyond the selection process. *Brit Med J*, 2002; 324: 1170-1).

Le critiche che possono essere mosse al sistema attuale di selezione sono le seguenti:

1) i quesiti appaiono spesso nozionistici e non attinenti agli studi medici dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia;

2) i quesiti non sono sempre ricompresi nei programmi delle Scuole d'Istruzione Superiore;

3) esiste, almeno teoricamente, il pericolo di una "fuga di notizie".

Tuttavia, le domande con risposta a scelta multipla

(quiz) rappresentano a tutt'oggi il miglior metodo per la valutazione dei saperi e per l'accertamento delle capacità di risolvere i problemi. I "quiz" non valutano soltanto le capacità mnemoniche degli studenti ma anche le abilità nell'interpretazione dei dati e nella ricerca delle soluzioni. Essi costituiscono un patrimonio culturale con una banca dati di grande quantità e qualità (Conferenza permanente dei Presidenti dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia. Ammissione alle facoltà Scientifiche a numero programmato. UTET, Torino, 2001).

Le criticità evidenziate sono superabili, a nostro avviso, attuando le innovazioni di seguito illustrate:

1) il "pool" dei quiz da cui sono estratti gli 80 quiz del test di ammissione deve essere reso di pubblico dominio: nei concorsi di ammissione dei laureati in Medicina e Chirurgia alle Scuole di Specializzazione, il "pool" dei quiz è già di dominio pubblico. Tuttavia, il "pool" è numericamente limitato (2-3.000 quiz) per cui il numero di candidati che ottiene il punteggio massimo è talvolta superiore al numero dei posti disponibili. Per ovviare a questo problema, è necessario che il "pool" di quiz sia molto più grande (da 100.000 quiz in su).

L'ampliamento della Banca dei Quiz può essere rapidamente ottenuto assegnando, ad ogni Professore Universitario di ruolo della disciplina in oggetto, il compito di preparare, in meno di un anno, alcune centinaia di nuovi quiz, con l'elenco delle risposte esatte.

2) gli 80 quiz che costituiscono il test di ammissione a Medicina e Chirurgia saranno sorteggiati in tempo reale, lo stesso giorno del concorso di ammissione ed alla stessa ora d'inizio della prova, e pubblicati in rete (Internet). Le Commissioni delle Aule dove si svolgono le Prove dovranno stampare il questionario in tante copie quanti sono i candidati presenti in Aula e inserirle in altrettante buste chiuse. Le buste saranno distribuite ai candidati e potranno essere aperte *contemporaneamente*

quando la prova avrà inizio. Gli orari di pubblicazione in rete e di inizio della prova saranno gli stessi su tutto il territorio nazionale.

In ogni Aula prescelta per lo svolgimento del Test di accesso, saranno predisposti almeno cinque Personal Computer provvisti di stampanti.

3) il sorteggio dei "quiz" in tempo reale sarà effettuato al Ministero dell'Università dal Ministero in persona, alla presenza di un Notaio e di un Magistrato.

4) le Commissioni di Aula dovranno garantire che i candidati non comunichino tra di loro e con i membri della Commissione e che non copino, pena l'annullamento della prova d'esame. La composizione della Commissione sarà il più possibile mista, costituita da docenti e personale amministrativo della stessa Università dove si svolge il test più due esterni provenienti da altre Amministrazioni pubbliche.

In ogni Aula sarà predisposto un sistema di videosorveglianza con acquisizione del video che rimarrà agli Atti Ministeriali.

5) il *foglio risposte* sarà da ciascun candidato inserito non piegato nella busta CINECA e la busta sarà sigillata ed inviata al CINECA per la lettura ottica.

Queste novità concorsuali sono ispirate ai criteri della trasparenza e dell'uguaglianza.

Rendendo di dominio pubblico il *pool* di quiz, un quiz sbagliato potrebbe essere facilmente contestato da chiunque, semplicemente inviando un'email, ed eliminato dal *pool*.

Il sospetto di "fuga di notizie" sarà bandito una volta per tutte.

Tutti i componenti delle Commissioni di Aula dovranno attenersi alle stesse norme di severità ed imparzialità.

Il sistema, così congegnato, risulterà assolutamente impenetrabile.





Antonio Delfino Editore e 2009, due volumi per complessive 1185 pagine, Euro 100.

Il volume *Semeiotica Medica e Metodologia Clinica* dei Professori Antonio Amoroso e Filippo Rossi Fanelli raccoglie un insieme di conoscenze che costituiscono la base indispensabile per la diagnosi clinica e, quindi, per la terapia.

I due Autori sono stati miei ottimi collaboratori presso la Clinica Medica de "La Sapienza" e si sono distinti sia nelle responsabilità clinico-assistenziali che nella loro attività scientifica.

In particolare, Antonio Amoroso è stato con me per molti anni e così ho potuto sempre meglio apprezzare la sua attenzione al malato "come persona", il che purtroppo non è più molto frequente registrare nella pratica medica. Questa sua inclinazione clinica è progressivamente cresciuta e maturata negli anni, come deve essere in armonia con un principio fondamentale della Medicina e cioè che "Experientia docet". I medici sono, infatti, "studenti a vita" diceva un maestro di Clinica, Cesare Frugoni, e devono avere l'umiltà di imparare sempre e da tutti, dai colleghi e dai malati, perché senza umiltà non si può imparare.

Filippo Rossi Fanelli è stato allievo di Giuseppe Giunchi prima di venire con me. Su di una solida "genetica" base biochimica – è forse superfluo ricordare che è figlio di Alessandro Rossi Fanelli, uno dei Maestri fondatori della Chimica Biologica italiana – ha poi sviluppato un crescente impegno clinico definendo in questo senso la sua più completa personalità.

Per tali ragioni, e per la loro lunga e competente attività clinica in armonia con il forte accento dato dalla Scuola di Clinica Medica di Frugoni (da cui derivano il mio Maestro Virgilio Chini e poi Giunchi, ed io stesso)

sono convinto che gli Autori, con quest'opera, abbiano fornito un fondamentale contributo alla conoscenza dell'interpretazione dei segni delle malattie.

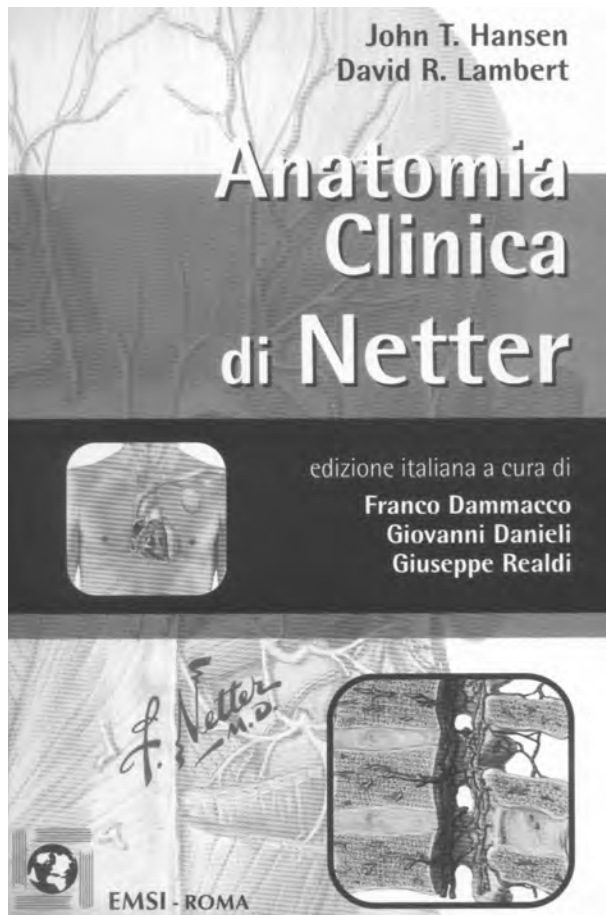
Nell'occasione di questa presentazione vorrei richiamare l'attenzione dei giovani che studieranno questo libro su di un punto dell'indagine clinica che ritengo di particolare interesse, e cioè sull'Anamnesi. È un momento fondamentale per l'interpretazione della malattia e per l'orientamento delle indagini diagnostiche. Oggi, purtroppo, è molto trascurata, nella fretta che pervade tutte le attività, compresa quella medica. I vari accertamenti devono, come in una corretta indagine poliziesca, confermare o meno i sospetti diagnostici del Medico, se questi li ha; quindi non devono essere sparati a tappeto "in cerca di una diagnosi in assenza di sospetti". La corretta anamnesi richiede notevole attenzione ed esperienza, tanto che essa dovrebbe essere raccolta, piuttosto che da un giovane medico di reparto, dal Responsabile stesso di quel reparto. Credo, infatti, che se l'esperta raccolta dei dati anamnestici non consente di giungere ad una diagnosi, si riducano di molto le possibilità che tale obiettivo possa essere raggiunto. Ciò è accaduto nella mia lunga attività medica e viene ricordato da grandi Clinici (Hegglin). Per il raggiungimento di tale scopo, ed anche per il successivo trattamento del malato, è indispensabile un rapporto ottimale medico-paziente attraverso un colloquio esauriente e continuo.

La conoscenza della "persona" che soffre di quella malattia è altrettanto importante della conoscenza della stessa malattia; altrimenti si rischia di diventare ricercatori della conoscenza più che "terapeuti" di quella determinata patologia. A questo proposito, la scrittrice Simone de Beauvoir ha sintetizzato la sua impressione negativa su di un medico, affermando: "gli interessava più conoscere che curare".

È indubbio che la tecnologia abbia ampliato, e continui ad ampliare, le nostre possibilità di diagnosi e di terapia; ma essa non può, da sola, risolvere il problema di ogni malato senza la partecipazione 'empatica' del medico al problema ed alla sofferenza di quel suo malato. È da evitare, pertanto, una eccessiva "dipendenza fideistica" dalla tecnologia. Non si deve dimenticare che se per il medico la malattia di 'quel paziente' è parte della sua routine di ambulatorio o di reparto, per 'quel paziente' la sua malattia può rappresentare la crisi della sua vita.

Lo studio attento dei contenuti dell'opera offrirà la consapevolezza dell'importanza della semeiotica fisica e dei più attuali aspetti diagnostici (laboratoristici, strumentali e di imaging), ma anche della fondamentale importanza di un'accurata raccolta dell'anamnesi, attraverso cui l'operatore potrà raggiungere più efficacemente l'obiettivo primario: la diagnosi clinica. Questa, tuttavia, non dovrà in nessun caso prescindere dal "migliore rapporto umano possibile" tra il medico ed il suo paziente.

Sono certo che questo libro – basato sulla ricca e vissuta esperienza clinica dei due Autori – costituirà un importante punto di riferimento culturale per gli studenti della nostra Facoltà e per i medici generalisti, ed un indispensabile bagaglio dell'exkursus formativo dei giovani che si affacciano alla clinica.



EMSI Editrice Roma 2010, un volume di 665 pagine tutte a colori, Euro 75.00

Siamo certi di non sbagliare affermando che non vi è medico laureatosi in qualsiasi parte del mondo negli ultimi settanta anni che nella propria formazione professionale non abbia avuto modo di conoscere e più spesso di trarre vantaggio dallo straordinario lavoro illustrativo e didattico svolto per tanti anni, e per esso, in tutti i settori della medicina, dal Dottor Frank H. Netter. Nato a New York nel 1906 ed egli stesso laureato in medicina e chirurgia, il Dottor Netter scopri ben presto che i suoi studi artistici pre-universitari ed il suo naturale talento per l'arte continuavano ad esercitare su di lui un richiamo ben più forte dell'iniziale intento di dedicarsi alla chirurgia. Saggia decisione alla quale la classe medica a livello internazionale deve oggi la disponibilità di oltre 20.000 tavole, che il Dottor Netter ha prodotto nella sua lunga e singolare carriera di "artista-medico" e che nel 1986 gli è valso da parte del New York Times l'appellativo (enfatico ma suggestivo) di *The Medical Michelangelo*.

Fedele e strettamente ancorato alla convinzione che lo studio "visivo" delle illustrazioni rappresenta un metodo insostituibile per l'apprendimento delle cognizioni mediche, il Dottor Netter ha non soltanto curato la pubblicazione di un *Atlante di Anatomia Umana* che, dopo venti anni dalla sua prima edizione, rimane tuttora ineguagliabile ed è stato infatti adattato e tradotto in molte lingue. Ma il suo innegabile merito è anche quello di aver prodotto una serie di guide cliniche illustrate (*Illustrated clinical guides*) dedicate alle singole specialità mediche (*Netter's Internal Medicine*, *Netter's*

Cardiology, *Netter's Gastroenterology*, e così via), in ciascuna delle quali la fisiopatologia, gli aspetti clinici, la diagnosi differenziale ed i riferimenti terapeutici sono trattati privilegiando l'impatto derivante da immagini chiare ed incisive rispetto ai testi, che diventano invece sintetici dovendo essi fungere da semplice corollario dell'illustrazione.

A questi stessi capisaldi sui quali si fonda l'intera *Netter Collection of Medical Illustrations* si ispira la *Netter's Clinical Anatomy* che, curata negli Stati Uniti dai Dottori John T. Hansen e David R. Lambert, viene oggi proposta in lingua italiana alla collettività medica del nostro Paese. Il filo conduttore del volume è quello di considerare lo studio dell'anatomia come intimamente connesso ed inscindibile dalle implicazioni cliniche correlate alle strutture anatomiche, fornendo al lettore la chiave di apprendimento di quell'affascinante settore della moderna medicina quale è appunto l'Anatomia Clinica. Si veda a pagina 421 l'esempio emblematico della cirrosi epatica. La trattazione parte dalla struttura macroscopica del fegato, visto dalle sue varie superfici e con i suoi ligamenti, le strutture vascolari e biliari. Seguono una breve tabella che descrive lobi, ligamenti e porta del fegato; quindi le immagini che descrivono il sistema portale e le anastomosi porto-cavali, le lesioni anatomico-patologiche della cirrosi e, in due esemplari illustrazioni, rispettivamente le manifestazioni cliniche della cirrosi e la fisiopatologia dell'ascite. Ogni capitolo si conclude con una serie di 'Domande Riassuntive' (*Review Questions*) che, attraverso il sistema delle domande affiancate alle corrispondenti risposte, consente una rapida disamina delle principali alterazioni cliniche concernenti un determinato settore anatomico: per l'addome, ad esempio, le domande riassuntive e relative risposte occupano quattro pagine e mezzo.

Il rapido ed incessante divenire delle cognizioni mediche non poteva non coinvolgere anche il monumentale lavoro del Dottor Netter. All'ovvia esigenza di evitare che, con il trascorrere degli anni, tale lavoro potesse apparire e in talune parti superato hanno provveduto tre noti "artisti-medici", i Dottori James Perkins, John A. Craig e Carlos A.G. Machado, che hanno dato un importante contributo nell'ampliare, aggiornare ed implementare le sue illustrazioni originali. E poiché ogni tavola è firmata dal rispettivo autore, il lettore e potrà agevolmente constatare come il loro stile pittorico sia molto vicino a quello del loro maestro, come è giusto che avvenga per un vero caposcuola capace di creare proselitismo. Il Dottor Netter rimane il titano insuperato dell'illustrazione medica, ma il lavoro dei suoi seguaci è anch'esso encomiabile.

Tutta la produzione scientifica ed illustrativa del Dottor Netter (e questa *Anatomia Clinica* non fa certo eccezione) ha molteplici, potenziali bersagli. Dallo studio e dalla consultazione di questo testo potranno infatti giovare, accanto allo studente in Medicina e Chirurgia o in Odontoiatria, anche gli studenti dei corsi di laurea nelle varie professioni sanitarie, nonché i medici di base e (molto più di quanto si possa immaginare) gli specialisti ed i docenti universitari, che troveranno in esso le risposte ai non pochi dubbi che il medico coscienzioso e responsabile deve quotidianamente affrontare nella sua attività professionale. Chiunque abbia poi compiti didattici potrà utilizzare e nelle proprie lezioni frontali e nelle attività professionalizzanti l'eccellente e per molti versi insostituibile materiale iconografico contenuto nel volume.

Un grazie sincero quindi al Dott. Antonio Diomaiuta della Edizioni Medico-Scientifiche Internazionali (EMSI s.r.l.) per aver assunto questa lodevole iniziativa e per aver curato con grande professionalità questa edizione italiana della *Clinical Anatomy*.

Franco Dammacco, Giovanni Danieli, Giuseppe Realdi