
75012 *medicina e chirurgia*

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

Sommario

L'Osservatorio sull'attuazione della riforma:
una realizzazione della Conferenza dei Presidenti, 391
Luigi Frati

L'apprendimento pratico nel triennio clinico.
Importanza di una ricerca sulla didattica
pratica in medicina, 393
Sergio Curtoni, Amos Casti, Saverio Cinti

I risultati della ricerca nazionale
sull'insegnamento pratico nel triennio clinico
di medicina e chirurgia, 395
Sergio Curtoni, Daniela Ansaloni

I dieci anni della Conferenza, 413
Giovanni Danieli

Università degli Studi di Torino Dipartimento di Genetica Biologica e Chimica Medica

Sommario

L'Osservatorio sull'attuazione della riforma:
una realizzazione della Conferenza dei Presidenti, 391
Luigi Frati

L'apprendimento pratico nel triennio clinico.
Importanza di una ricerca sulla didattica
pratica in medicina, 393
Sergio Curtoni, Amos Casti, Saverio Cinti

I risultati della ricerca nazionale
sull'insegnamento pratico nel triennio clinico
di medicina e chirurgia, 395
Sergio Curtoni, Daniela Ansaloni

I dieci anni della Conferenza, 413
Giovanni Danieli

Università degli Studi di Torino
Dipartimento di Genetica Biologia e Chimica Medica

L'Osservatorio sull'attuazione della riforma: una realizzazione della Conferenza dei Presidenti

Luigi Frati

La Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia ha cominciato la sua attività nel 1985. Nel 1986 è stata approvata la legge di riforma dell'ordinamento degli studi medici, ed è stata una fortuna che esistesse già la Conferenza, perché immediatamente i Presidenti poterono cominciare ad incontrarsi per esaminare insieme il testo della riforma, discutere sulle modalità di applicazione, aiutarsi a definire indirizzi precisi e a dare soluzioni comuni ai problemi che si presentavano. Ognuno riconosce che quanto è stato fatto di positivo nella traduzione in pratica del nuovo *curriculum* è dovuto in gran parte al continuo confronto fra i Presidenti all'interno della Conferenza.

Già alla partenza dell'attuazione del nuovo ordinamento, nell'ottobre 1988, la Conferenza si è resa conto che era necessario valutare quanto si andava realizzando nei diversi Corsi di laurea, se si voleva esercitare un'azione efficace sul miglioramento degli studi.

Si prevedeva che una verifica dello svolgimento del lavoro avrebbe fornito i seguenti vantaggi:

- identificare quali aspetti del nuovo *curriculum* fossero più facilmente applicabili e quali incontrassero difficoltà;
- decidere in comune indirizzi da prendere, al seguito dell'esperienza che man mano si faceva;
- valutare l'efficacia educativa delle singole norme, in vista di successive revisioni della Tabella, da farsi appunto sulla base dell'esperienza;
- permettere a ciascun Presidente di confrontare come certi aspetti venissero realizzati nella propria sede e nelle altre sedi, e di conseguenza vedere dove la propria sede si trovasse ad un buon livello standard e dove potesse migliorare;
- mettere a disposizione un *forum* dove ciascuno potesse comunicare certe proprie soluzioni originali ed esaminare le soluzioni sperimentate in altre sedi, in modo da scambiarsi suggerimenti utili.

Affidato a Sergio Curtoni, al quale furono in seguito associati Amos Casti e Saverio Cinti (entrati nella Conferenza successivamente), l'Osservatorio partì

in quel 1988-89 che, come si è ricordato, fu l'anno di inizio delle attività del nuovo ordinamento.

Le rilevazioni fatte dall'Osservatorio, con l'aiuto di tutti i Presidenti, venivano presentate alla Conferenza e discusse, e quindi pubblicate su queste pagine per essere portate a conoscenza di tutti i docenti. I rapporti sono comparsi sulla rivista a partire dal 1990. In questi anni l'Osservatorio si è occupato di numerosi aspetti delle attività dei Corsi di laurea, dei quali cito i principali:

- ha seguito anno dopo anno il destino degli studenti iscritti: quanti restavano in corso, quanti andavano fuori corso o ripetevano, quanti abbandonavano la Facoltà di Medicina. Questo ha permesso di rassicurare molti docenti e varie Facoltà che, dopo i primi due anni, "avevano la sensazione che tutti gli studenti se ne andassero". In effetti invece l'abbandono della Facoltà è stato più modesto di quanto molti temessero. Inoltre questo monitoraggio ha permesso di fare con tre anni di anticipo una previsione attendibile su quale sarebbe stata la perdita totale degli studenti alla fine del corso di laurea; previsione che, pubblicata tre anni fa dall'Osservatorio, tre anni dopo si è rivelata esatta con l'approssimazione superiore al 90%.

- Ha seguito l'andamento degli esami nei vari anni in tutte le sedi. Questo ha permesso, per esempio, di documentare come in ogni sede il fatto che molti studenti non sono in pari è dovuto ad un singolo esame più difficile da superare, o a pochissimi. Il monitoraggio ha consentito anche di concludere che la difficoltà di tali esami non era dovuta a difficoltà strutturale della materia (si trattava infatti di corsi differenti da una sede all'altra) né alla complessità del programma in una certa sede: diversi poli didattici di uno stesso corso di laurea, con il medesimo programma di corso e di esame, mostravano risultati molto diversi. Si è potuto perciò documentare che certi esami venivano resi molto difficili ad opera di singoli docenti (che da qualcuno furono denominati "docenti killer"). Di queste situazioni vari Consigli di corso di laurea hanno preso atto, ed hanno cercato soluzioni.

- È entrato nel merito di come venivano progettati e pianificati i corsi, sia nel primo triennio che nel

secondo. Su questo ogni sede ha potuto confrontarsi con le altre, ricavandone suggerimenti utili.

– Si è occupato di quali fossero i giudizi degli studenti sulla loro Facoltà, sui corsi, sugli esami, sui docenti. Anche questo ha messo a disposizione dei docenti sia delle valutazioni rilevanti sulle quali riflettere sia l'esempio di utili strumenti di indagine.

L'esperienza fatta in questi anni ha indicato su quali linee si dovesse fare una revisione della Tabella XVIII,

revisione che in effetti è stata condotta a termine ed ha dato origine alla nuova formulazione dell'ordinamento del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia, che è stata pubblicata nel numero precedente di questa rivista e che dovrebbe essere presto inviata alla pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale. L'Osservatorio sull'attuazione della riforma ha fornito le basi conoscitive indispensabili per questa revisione.

L'apprendimento pratico nel triennio clinico. Importanza di una ricerca sulla didattica pratica in medicina

Sergio Curtioni, Amos Casti, Saverio Cinti

Una ricerca che ha coinvolto i docenti di tutti i corsi

La presente indagine, condotta nell'ambito dell'attività dell'"Osservatorio permanente sull'attuazione della riforma" (che la Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia ha affidato alla responsabilità dei tre autori di questa nota), è la prima che ha coinvolto i docenti di tutti i corsi integrati del triennio clinico in tutte le sedi. Fino ad ora tutte le ricerche svolte dall'Osservatorio si erano rivolte ai Presidenti dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia. Era solo a loro che si rivolgevano domande; erano solo loro che avevano il compito di raccogliere le informazioni necessarie all'indagine.

Infatti finora si era indagato su fenomeni globali del corso di laurea: per esempio il numero di studenti iscritti ai vari anni di corso, quanti studenti fossero in pari con gli esami e di che entità fosse il difetto di esami negli altri, eccetera. Il Presidente di solito poteva ricavare i dati dalle informazioni in possesso delle segreterie della Facoltà.

Questa volta, invece, si è voluto analizzare come venga attuata la didattica pratica nel triennio clinico. Perciò i dati non potevano essere in possesso delle segreterie, ma solo dei docenti. Inoltre lo studio, per essere informativo, doveva necessariamente riguardare tutti i corsi. Occorreva perciò interrogare almeno un docente per ciascun corso integrato.

Il progetto è stato prima discusso nella Conferenza Permanente dei Presidenti e da questa approvato. L'impegno dei Presidenti è consistito nell'ottenere risposte da ogni corso integrato del triennio clinico. Questo lavoro è risultato piuttosto faticoso; ma alla fine la maggior parte delle sedi aveva fornito i dati richiesti.

D'altra parte si è cercato di rendere il questionario il più semplice possibile, proprio allo scopo di non farlo diventare eccessivamente minuzioso e perciò troppo pesante; in questo modo si è cercato di ridurre il rischio che i docenti non rispondessero al questionario. Questo indirizzo, naturalmente, ha un lato negativo, che è quello di non avere approfondito vari aspetti dell'attuazione della didattica pratica. Ci è sembrato che l'approfondimento di uno od un altro aspetto potesse essere lasciato all'iniziativa dei singoli Presidenti, qualora sembrasse loro che certi fenomeni erano da comprendere meglio nella loro sede. Infatti, come viene detto nel prossimo paragrafo, il primo utilizzatore di questa indagine dovrebbe essere ogni Presidente per il proprio corso di laurea.

L'elenco dei corsi di laurea, o poli con programma didattico autonomo, che hanno partecipato all'indagine è riportato nella tabella I.

TABELLA I

Corsi di laurea, o poli didattici, che hanno partecipato all'indagine

Ancona
Bologna
Chieti
Ferrara
Genova
Modena
Novara
Pavia
Perugia - Canale di Perugia
Perugia - Canale di Terni
Roma Università Cattolica
Roma Sapienza - I Canale
Roma Sapienza - II Canale
Roma Sapienza - III Canale
Roma Sapienza - IV Canale
Roma Sapienza - V Canale
Roma Sapienza - VI Canale
Roma Tor Vergata
Sassari
Siena
Torino
Trieste
Udine
Verona

Il primo vantaggio della ricerca è per il proprio corso di laurea.

Si era detto in partenza che le informazioni raccolte avevano innanzitutto lo scopo di essere utili al singolo corso di laurea. Infatti ogni Presidente ha raccolto informazioni su tutti i propri corsi e perciò si è fatto un quadro abbastanza vasto dell'andamento di questo tipo di didattica nella sua sede. Ha quindi avuto in mano le informazioni necessarie per intervenire nei termini che gli sembrassero più efficaci: discussione nel consiglio di corso di laurea, raccomandazioni della commissione didattica, analisi con i docenti di singoli corsi integrati, o altro.

Uno strumento in più a disposizione dei Presidenti è la possibilità di paragonare quanto si fa nella propria sede con quanto viene fatto nelle altre. Questo può costituire un importante stimolo per migliorare, ed uno strumento efficace per convincere i propri docenti che "si può fare meglio", poiché qualcuno lo sta dimostrando.

L'importanza che ogni Presidente conosca il proprio corso

di laurea attraverso dati obiettivi è stato uno dei punti che l'Osservatorio ha sempre cercato di sottolineare. Di conseguenza ha cercato di stimolare i Presidenti a raccogliere ed analizzare informazioni sui loro corsi. Questo sforzo non è stato totalmente vano: in questi anni, in alcune Facoltà si è cominciato a raccogliere sistematicamente dati che permettono di conoscere certi andamenti e perciò di intervenire su di essi quando sembrano da correggere. Ma chi ha percorso questa strada si è reso conto che si tratta di una strada faticosa. Ci sono vari ostacoli da superare. È faticoso ottenere dati dalle segreterie delle Facoltà, per una serie di ragioni che si incontrano in tutte (o quasi) le sedi. È faticoso ottenere dati dai docenti, troppo impegnati o troppo poco coinvolti nei problemi dell'insegnamento. È faticoso per il Presidente trovare il tempo necessario per condurre in porto queste iniziative.

I mezzi per superare questi ostacoli sono soprattutto due: uno è il coinvolgimento sempre maggiore delle segreterie e dei docenti: operazione lunga ma che si è dimostrata fattibile in più sedi. L'altra è il trovare della manodopera che aiuti concretamente il Presidente. Si pone il problema della strutturazione di "Servizi didattici" dedicati a queste attività, come già esistono in sempre più numerose Facoltà mediche straniere.

Istruzioni per l'uso

In questa indagine sono stati chiesti soprattutto dati obiettivi, cioè numerici, oppure a risposta sì/no; i pareri sogget-

tivi sono una piccola minoranza. Dei dati obiettivi non bastano da soli per informare completamente sulla qualità della didattica. Però contribuiscono in modo rilevante a tale valutazione. Infatti i fattori indagati costituiscono una condizione importante, talora essenziale, per una buona didattica. Quindi i dati vanno letti con l'intento di capire se le condizioni documentate sono una base idonea per svolgere un'attività didattica di buona qualità, oppure no.

A questo scopo, i dati si possono utilizzare in due modi. Uno, come si è accennato sopra, è quello di paragonare i corsi di laurea l'uno con l'altro, per vedere chi è più progredito e chi lo è meno, ed anche se vi siano impostazioni diverse che meriti porre a confronto. L'altro è di cercare di capire qual è il "trend" generale, se vi sono degli andamenti comuni dei quali prendere atto o da mettere in discussione.

La ricerca è stata svolta su tutti i corsi integrati del triennio clinico. Come è noto, vi sono alcuni corsi che non possono svolgersi a contatto con i pazienti (tutti quelli che fanno capo a reparti di degenza), mentre altri non necessariamente prevedono questi contatti (per esempio Farmacologia, Medicina Legale ed altri). È possibile che certe attività didattiche teorico-pratiche si possano svolgere con modalità diverse nelle due categorie. Per questo le analisi sono sovente state eseguite separatamente per i due gruppi di insegnamenti, che arbitrariamente abbiamo denominato "Totalmente clinici" e "Non totalmente clinici".

I risultati della ricerca nazionale sull'insegnamento pratico nel triennio clinico di medicina e chirurgia

Sergio Curtoni, Daniela Ansaloni

CHI INSEGNA NELL'ATTIVITA' PRATICA?

Le attività di insegnamento denominate ufficialmente "teorico-pratica" e "integrativa" comprendono tutto l'insegnamento non formale, cioè quello consistente in lavoro per gruppi, che nel triennio clinico significa soprattutto la formazione dello studente a contatto con i pazienti e con le strutture ed apparecchiature sanitarie.

Nella maggior parte dei paesi questo tipo di didattica è considerato il più importante del curriculum, perché è quello che non può essere sostituito dallo studio di un libro. Perciò i docenti devono (o dovrebbero) occuparsi con particolare impegno dell'insegnamento teorico-pratico. L'insegnamento integrativo, secondo la norma, può essere affidato anche a chi non sia formalmente un docente; in pratica si tratta sovente di medici del Sistema Sanitario Nazionale.

Dalla presente indagine risulta (figura 1) che in circa un quarto dei corsi integrati la didattica pratica viene attuata dai docenti del corso, mentre in circa un terzo viene attuata sia dai docenti del corso che da "tutori", i quali sono evidentemente medici ospedalieri, oppure specializzandi, o qualche categoria assimilabile. È però da rimarcare che in oltre quaranta per cento dei corsi l'attività pratica è affidata esclusivamente a tutori, senza l'intervento dei docenti ufficiali. Si può supporre che in questi casi i docenti o dedicano all'insegnamento nel corso di laurea un tempo ridotto oppure considerano che l'insegnamento pratico sia di minore importanza e di minore "dignità" rispetto alle lezioni accademiche. Opinione, questa, che non è più condivisa dalla massima parte dei docenti di Medicina in tutto il mondo. La figura 2 riporta l'analisi delle singole sedi per questo aspetto. In ogni corso di laurea c'è una percentuale importante di corsi nei quali i docenti non sono coinvolti direttamente nell'attività pratica. Alle singole sedi il compito di capire, se sembra loro utile, il motivo di questa autoesclusione.

I GRUPPI DI STUDENTI

Come è già stato detto, l'attività didattica teorico-pratica nel triennio clinico ha caratteristiche diverse, a seconda che si tratti di corsi integrati che fanno capo a reparti di degenza (tutti i corsi propriamente clinici) oppure corsi integrati che non prevedano necessariamente l'esame di pazienti (per esempio Farmacologia, Medicina Legale, ecc.). Prima di analizzare le suddivisioni in gruppi attuate nei nostri corsi di laurea, ricordiamo brevemente le caratteristiche dei due tipi di attività didattica.

L'attività teorico-pratica nei corsi "non totalmente clinici". Generalmente si afferma che gli studenti che fanno esperienza di attività pratica sono maggiormente stimolati ad apprendere quando sono divisi in più gruppi ed il numero non supera quello ideale di 6 - 8 studenti per gruppo, rispetto a quelli presenti in un unico gruppo con molte persone.

Fra gli scopi da conseguire mediante l'apprendimento in piccoli gruppi viene indicato, nella letteratura pertinente (ad esempio Sharon e Sharon, 1976; Rotem e Manzie, 1980; Brown, 1982), lo sviluppo delle seguenti capacità:

- di ragionamento
- di risoluzione di problemi
- di comunicazione
- di definire attitudini
- di rapporti interpersonali
- di lavoro di équipe
- di direzione di un gruppo.

L'attività pratica è stata seguita dal docente o dai tutori?

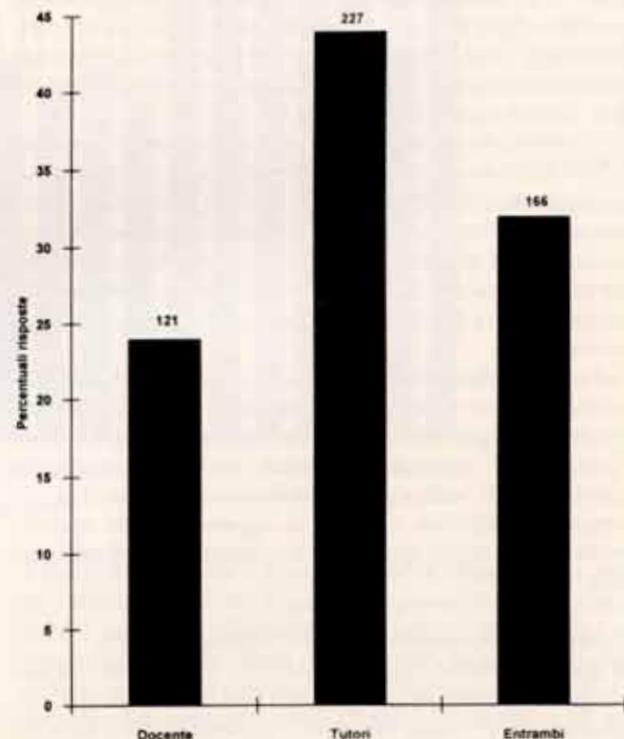


Fig. 1

L'attività pratica è stata seguita dal docente o dai tutori?

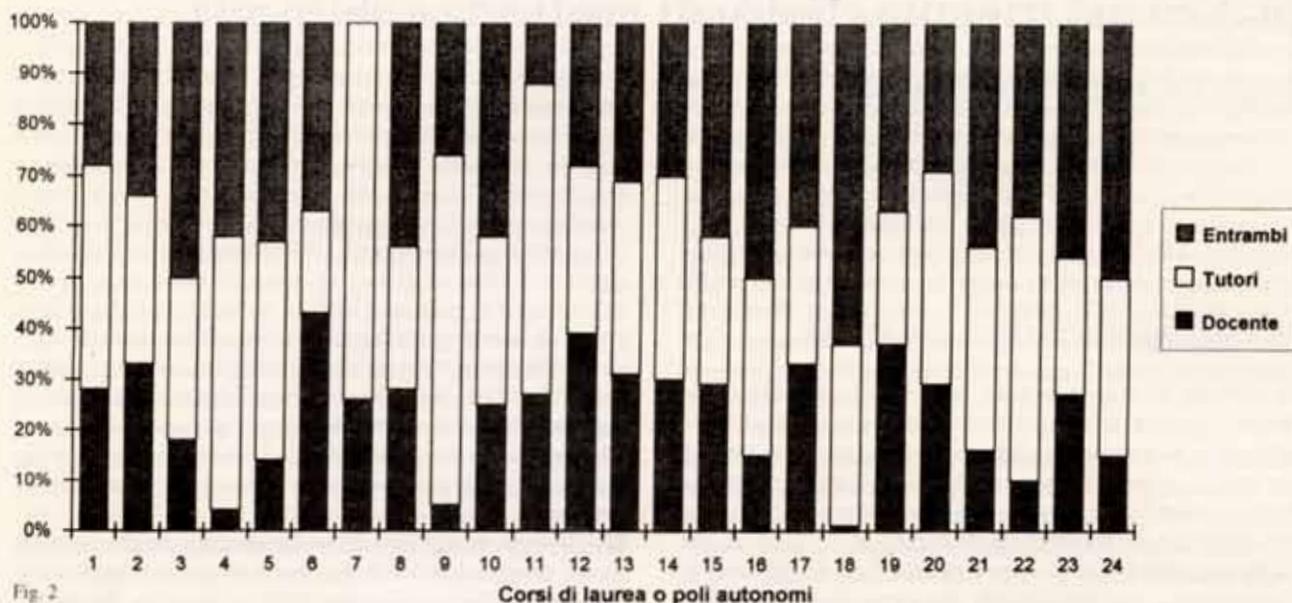


Fig. 2

Durante l'attività pratica è importante che il lavoro a piccoli gruppi sia di incentivo per gli studenti a combinare le varie esperienze accumulate nel tempo affinché si possano avere informazioni necessarie per la soluzione di un problema, oppure per affrontare le capacità manuali indispensabili al futuro medico. Questo processo si svolge in tre fasi fondamentali:

- 1) trovare qual è il problema da affrontare;
- 2) scoprire una spiegazione accettabile del problema;
- 3) decidere che cosa fare al riguardo.

L'insegnamento in piccoli gruppi facilita anche la formazione o lo sviluppo negli studenti degli atteggiamenti mentali e delle attitudini indispensabili per la pratica professionale, coinvolgendoli in attività pratiche finalizzate al conseguimento degli obiettivi educativi previsti dai docenti di ciascun corso integrato.

In questo contesto dovrebbe crearsi un rapporto immediato fra docente-tutore e piccolo gruppo di studenti, che consenta al primo di proporre problemi inerenti gli obiettivi del corso integrato, ai secondi di sollecitare precisazioni su argomenti già affrontati nella didattica formale. Tutto ciò offre al docente la possibilità di valutare "in itinere" la preparazione e le capacità attitudinali di ogni singolo studente.

Nel contesto del lavoro in piccoli gruppi il tutore ha soprattutto il compito di progettare e strutturare l'attività pratica focalizzando gli obiettivi predeterminati e supervisionare l'attività dei discenti, chiarendo dubbi e formulando domande utili. Inoltre può attuare prove in itinere che consentano di valutare il grado di apprendimento teorico-pratico degli studenti durante il procedimento di tale attività.

L'attività teorico-pratica nei corsi "totalmente clinici".

In questo contesto l'apprendimento è auspicabile che avvenga in piccoli gruppi, sia al letto del malato sia in locali predisposti. A livello ottimale, l'insegnamento si basa su una serie di pazienti individuali scelti specificamente tra i degenti. I concetti, i principi, le regole decisionali si realiz-

zano in modo empirico. Il docente-tutore dovrebbe fornire un modello esemplare di buona pratica medica, che comprenda una buona relazione con il paziente, capacità di comunicare e così via. L'attività degli studenti va controllata lasciando loro, progressivamente, una sempre maggiore responsabilità. La pratica clinica richiede l'applicazione di:

- 1) Capacità di comunicazione e capacità di ascoltare, per creare un rapporto di fiducia e di sicurezza, per ottenere e controllare l'anamnesi patologica e per verificare la comprensione e le aspettative del paziente.
- 2) Capacità percettive, per sperimentare con la vista, il tatto e l'odorato le prove evidenziabili della malattia.
- 3) Capacità operative manuali, per poter estendere le indagini più a fondo con cateteri, aghi, specchietti ed endoscopi e per le necessità terapeutiche.
- 4) Capacità di ragionamento, per interpretare i reperti.
- 5) Capacità di gestione del caso clinico, per programmare una sequenza adeguata di indagini.

L'apprendimento in piccoli gruppi può aver luogo in due fasi. La prima consiste nell'apprendimento delle manovre semeiotiche di routine; questi metodi possono riguardare la palpazione di un organo, l'auscultazione di rumori o l'esame di una funzione (riflessi achillei o nervi cranici). La seconda fase consiste nella descrizione dei segni patologici e delle loro caratteristiche (per es. per un'ulcera, la sua sede, dimensioni, forma, margini, fondo, base, tessuti circostanti e linfonodi di drenaggio). Una descrizione completa e dettagliata è una componente necessaria dell'esame obiettivo e costituisce la verifica della sua accuratezza.

La figura 3, che rappresenta la suddivisione degli studenti in uno o più gruppi, indica che sono più numerosi i corsi che suddividono gli studenti in più gruppi per l'insegnamento teorico-pratico. Questa analisi è stata scomposta per i corsi "non totalmente clinici" e per quelli "totalmente clinici" (figura 4). Si sarebbe previsto che i corsi non totalmente clinici, non dovendo fare insegnamento al letto del paziente, più spesso riunissero gli studenti in un gruppo solo.

Gli studenti erano divisi per gruppi o formavano un solo gruppo?

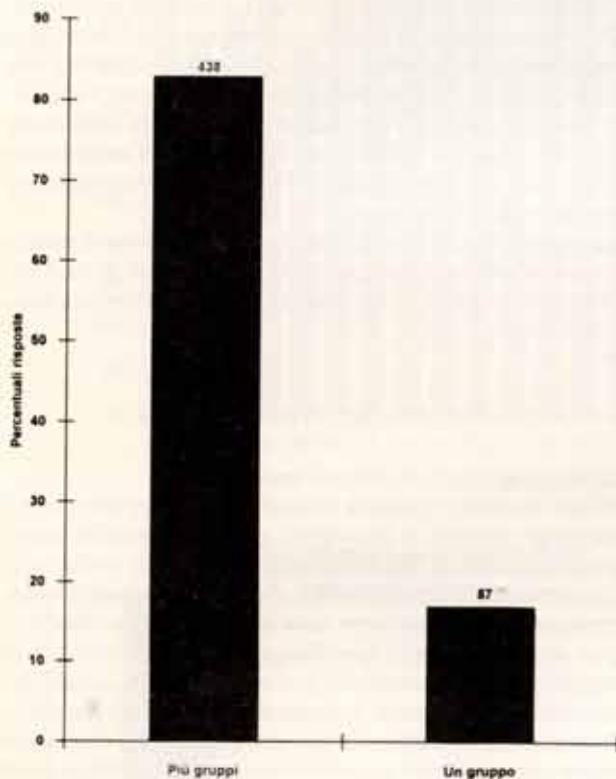


Fig. 3

Gli studenti erano divisi per gruppi o formavano un solo gruppo?

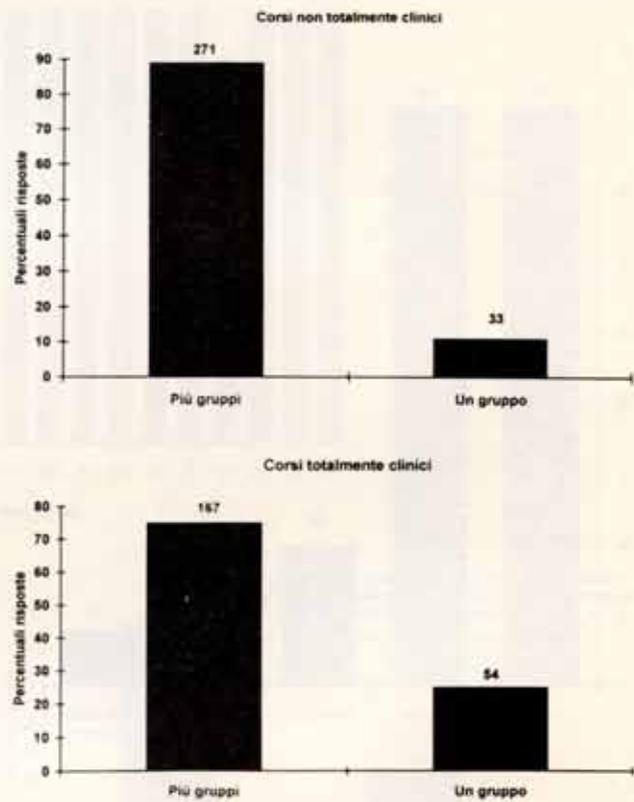


Fig. 4

Gli studenti erano divisi per gruppi o formavano un solo gruppo?

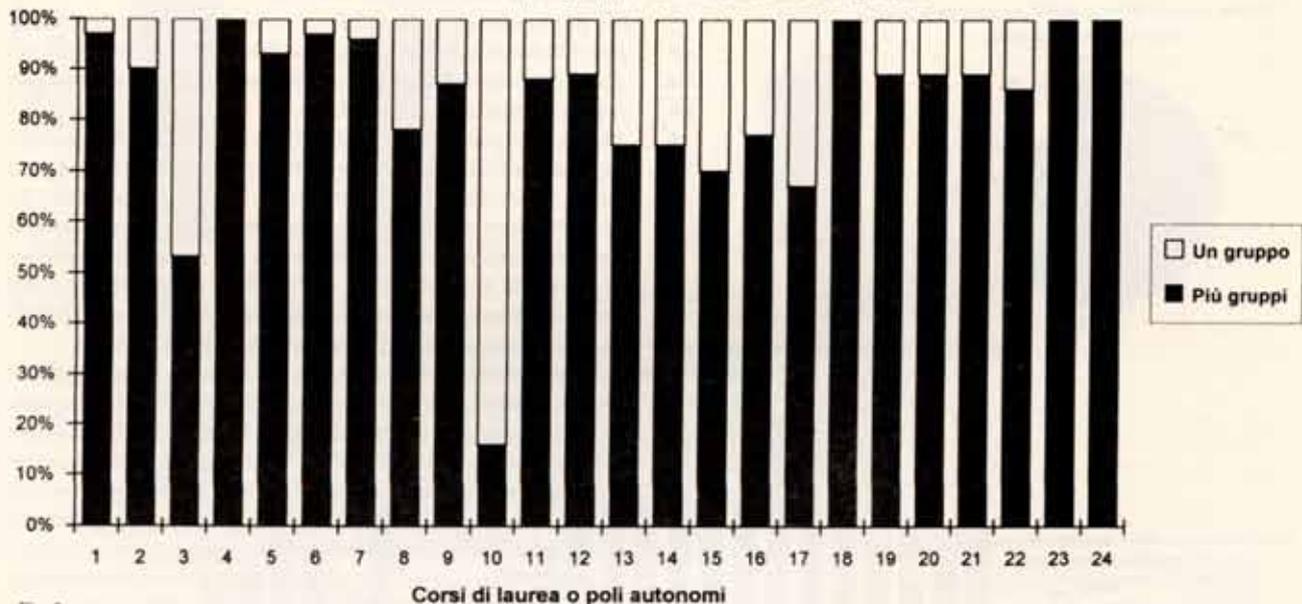


Fig. 5

Invece si nota una tendenza opposta: i corsi clinici che mantengono gli studenti in unico gruppo sono 10% in più dei corsi non totalmente clinici. L'analisi delle singole sedi (figura 5) mostra peraltro che non sono molte quelle che non suddividono gli studenti in gruppi: sembra un fenomeno sostanzialmente limitato a meno di metà delle sedi analizzate.

Per quanto riguarda il numero di persone per gruppo,

l'indirizzo generale è presentato nella figura 6. Nei corsi non totalmente clinici (figura 7) la percentuale più alta di corsi è quella che utilizza gruppi di meno di 8 studenti. Una percentuale simile viene osservata anche nei corsi totalmente clinici. Ci si sarebbe atteso che la massima parte, o la totalità, dei corsi totalmente clinici suddividesse gli studenti in gruppi piccoli. Invece si vede come più di metà facciano attività didattica teorico-pratica con gruppi che

Quante persone erano presenti per gruppo?

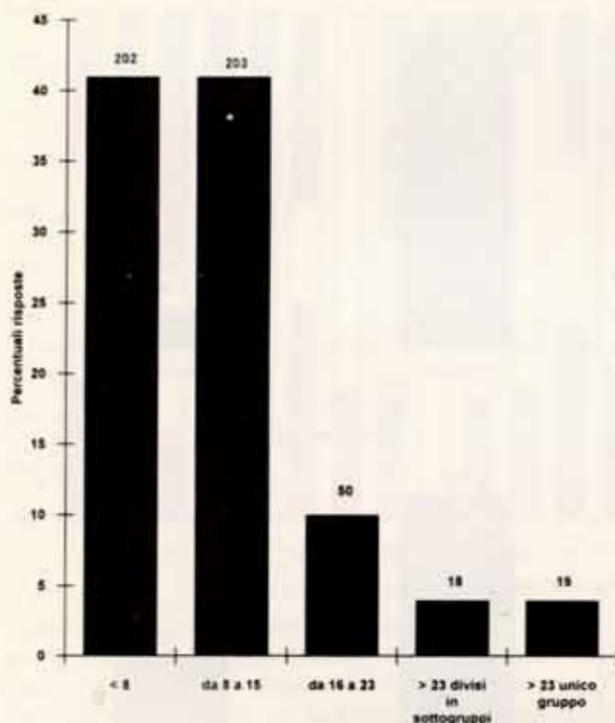
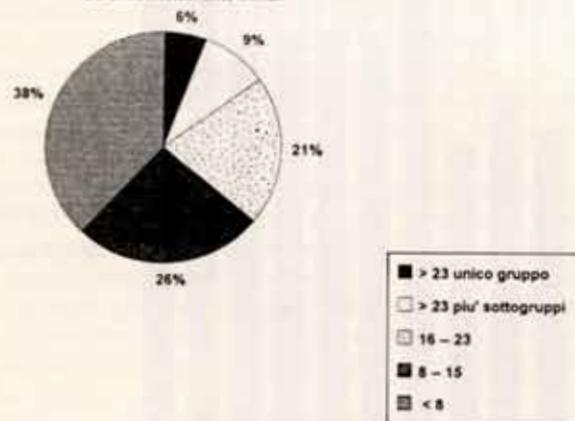


Fig. 6

Quante persone erano presenti per gruppo?

Corsi non totalmente clinici



Quante persone erano presenti per gruppo?

Corsi totalmente clinici

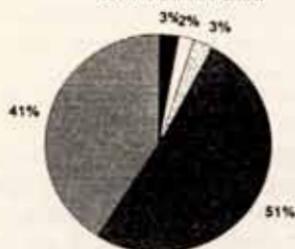


Fig. 7

vanno da 8 a 15 studenti. Questo numero è certamente troppo alto perché ciascuno studente possa avere un rapporto diretto con il paziente; perciò si è indotti a concludere che in questi corsi un approccio pratico al paziente non venga attuato oppure lasci molto a desiderare. D'altra parte è da notare che gruppi molto grandi di studenti vengono utilizzati da oltre 1/3 dei corsi non totalmente clinici e da solo 7% dei corsi totalmente clinici. Questo andamento costituisce un aspetto, se non di totale rassicurazione, quantomeno promettente.

La figura 8 riporta l'analisi delle singole sedi, che dimostra che varie sedi adottano per lo più gruppi piccoli di studenti (meno di 8), mentre in altre purtroppo i piccoli gruppi sono quasi un'eccezione.

I PROGRAMMI DELL'ATTIVITA' PRATICA

I tipi di programmi che vengono svolti.

Se uno studente trascorre in un medesimo reparto clinico un lungo periodo di frequenza, almeno di qualche mese, può imparare un buon numero di capacità anche solo frequentando il reparto, senza che sia indispensabile programmare accuratamente cosa deve imparare. Infatti si può prevedere che in quel lungo periodo gli capiterà di seguire compiutamente vari pazienti e di venire addestrato a praticare le manovre necessarie per scopi diagnostici e terapeutici ed a mettere in atto comportamenti idonei per avere con i pazienti rapporti interpersonali efficaci. Sarà necessario solo che si stabilisca di far lavorare attivamente lo studente e non di lasciarlo solamente a guardare quello che altri fanno.

La permanenza prolungata in uno stesso reparto clinico può venire attuata da quegli studenti che diventino allievi interni presso quel reparto. Questo si verifica, in genere, per una minoranza di studenti.

La maggior parte degli studenti riceve una didattica pratica esclusivamente durante gli orari prestabiliti per ciascun corso. Orari che, come risulta da un'indagine promossa da questo Osservatorio Permanente nel 1993, prevedono una durata limitata dell'attività pratica per ciascun corso integrato (vedi Curtoni E.S., Alciati A.: L'impostazione del secondo triennio del corso di laurea in Medicina e Chirurgia. 75012 Medicina e Chirurgia n.9, 303-307, 1994).

Se degli studenti frequentano un reparto clinico per un tempo limitato, e tanto più se in questo tempo la frequenza è fatta in gruppo, il modo di gran lunga più efficiente per insegnare capacità cliniche è quello di prestabilire accuratamente quali capacità ciascuno di essi deve imparare e di pianificare in quale modo insegnarle. Il solo seguire un medico nella sua normale attività di reparto, per un numero di giorni (o addirittura di ore) limitato non permette ad un gruppo di studenti di imparare alcuna capacità clinica (intellettiva, gestuale o comportamentale).

Partendo da questi presupposti teorici è stato chiesto per ogni corso se il programma dell'attività didattica si basasse su incontri programmati con obiettivi precisi, oppure se consistesse nel seguire il medico in reparto. Nella figura 9 si vede che quasi 70% dei corsi dichiara di prevedere attività programmate, con obiettivi precisati. A prima vista questo dato sembra, se non quello quello ottimale (si tratta solo del 70%), quantomeno confortante. Però se l'analisi

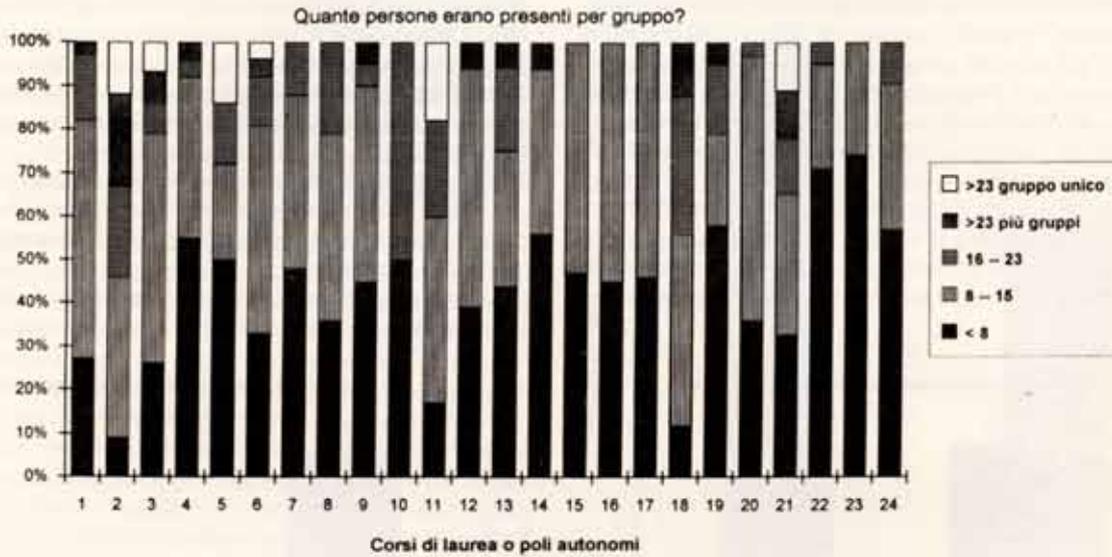


Fig. 8

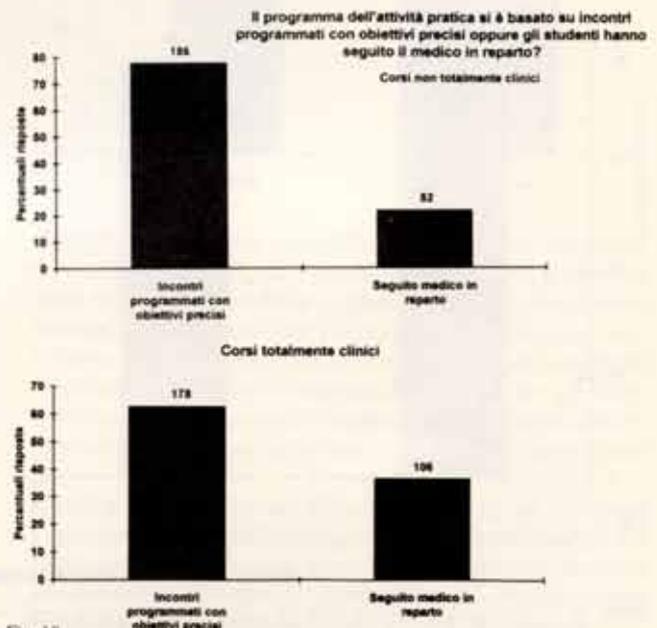
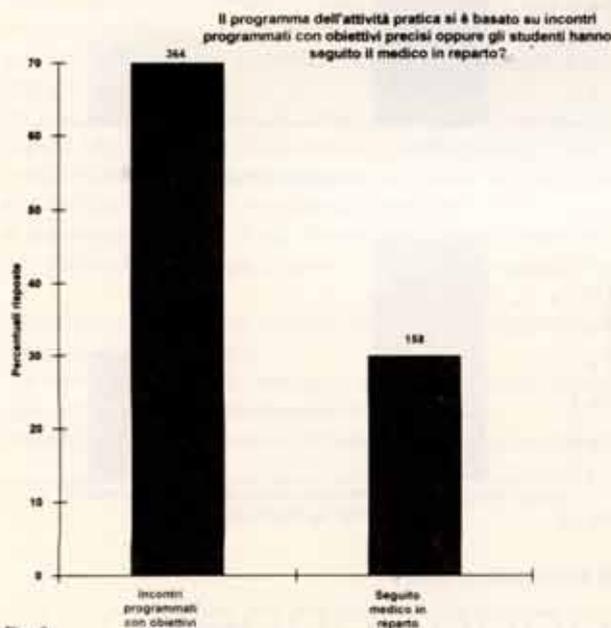


Fig. 9

Fig. 10

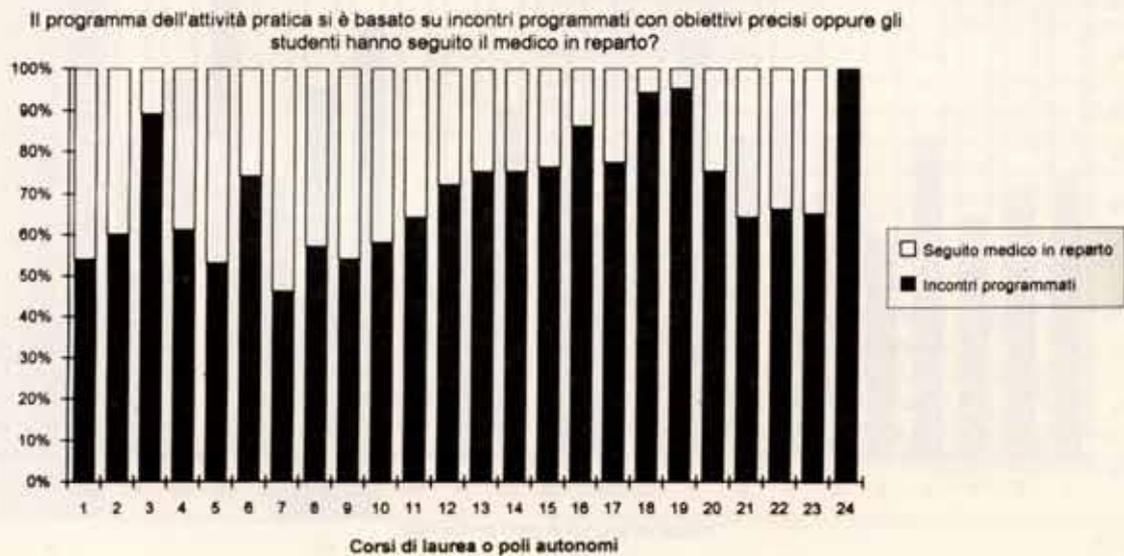


Fig. 11

prende in considerazione separatamente i "corsi non totalmente clinici" e quelli "totalmente clinici" (figura 10) si vede che gli incontri programmati con obiettivi precisi costituiscono una proporzione molto alta delle attività dei corsi non totalmente clinici. Si può facilmente arguire che quei corsi che per loro specificità non abbiano pazienti progettino attività teorico-pratica di tipo diverso. Invece nei corsi totalmente clinici la proporzione di quelli che si limitano a far seguire il medico in reparto, senza porre obiettivi precisi, si avvicina al 40%. Questo dato rende conto di una situazione meno confortante di quanto sembrasse.

Se si analizza la situazione sede per sede (figura 11), risulta che in alcuni corsi di laurea si tende a programmare tutta l'attività teorico-pratica in modo rigoroso, e che un corso di laurea ha già raggiunto questo risultato mentre altri vi sono vicini. In altre sedi invece si è molto lontani da questo traguardo.

È stato anche chiesto se agli studenti venisse chiesto di raccogliere anamnesi dai pazienti. La raccolta dell'anamnesi può essere vista in due ottiche ben diverse, una positiva ed una non troppo.

Può essere un'esperienza importante sia per abituare lo studente ad un idoneo rapporto interpersonale con il pa-

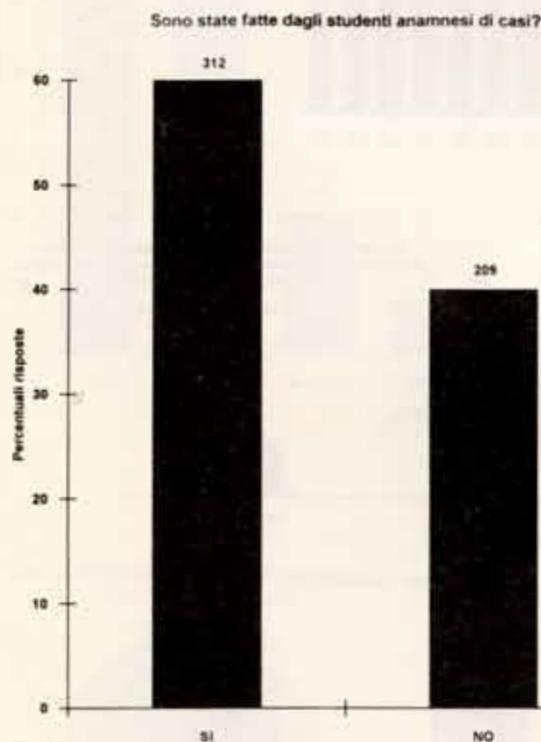


Fig. 12

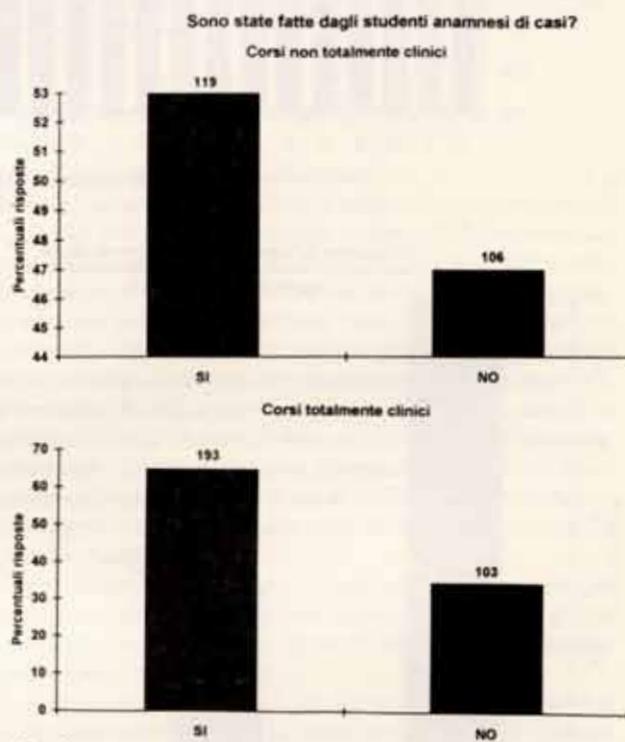


Fig. 13

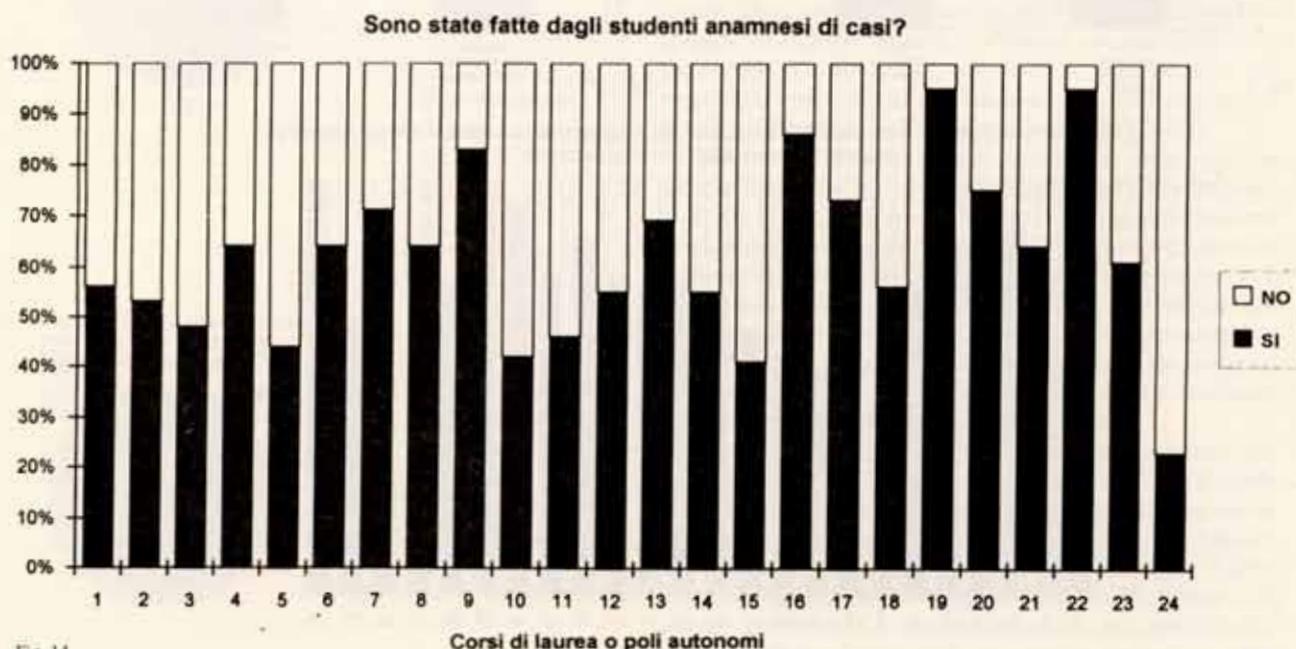


Fig. 14

ziente sia per cimentare la sua cultura clinica. Perché questo avvenga, è necessario che la raccolta dell'anamnesi avvenga sotto supervisione (per valutare l'aspetto relazionale) e che l'anamnesi raccolta sia letta e commentata dal docente o tutore, per poterne fare osservare eventuali manchevolezze ed indirizzare lo studente ad approfondire le conoscenze teoriche necessarie per una buona indagine anamnestica.

All'opposto, esistono casi di docenti o tutori che chiedono ad uno studente di raccogliere un'anamnesi solo per scaricarsi di un compito che impegna un certo tempo. In questi casi allora lo studente è utilizzato come scorciatoia e non come persona che deve imparare: alla raccolta dell'anamnesi il docente non è presente, ed in seguito lo studente non riceve alcun feedback utile per il suo apprendimento.

L'indagine vorrebbe fornire un'occasione per riflettere su questa occasione di apprendimento (l'anamnesi) e per cercare di capire in quale modo venga usata nella propria sede. Come si è ricordato, infatti, questa indagine dovrebbe servire innanzitutto ai singoli corsi di laurea.

Nella figura 12 si osserva come in circa 60% dei corsi vengano fatte fare anamnesi agli studenti, e come questa percentuale sia un po' superiore nei corsi totalmente clinici (figura 13).

La pratica dell'anamnesi è molto varia nelle diverse sedi (figura 14). In alcune viene attuata praticamente in tutti i corsi, in alcune in ben pochi. Forse bisognerebbe suggerire ai corsi di laurea dove viene fatta un largo uso della raccolta di anamnesi da parte degli studenti che si assicurino che tale uso sia sempre didatticamente corretto e produttivo.

Il tempo era sufficiente? Si sono completati gli obiettivi? Si sono raggiunti gli scopi?

Tre domande piuttosto connesse tra di loro hanno fornito risposte in parte non facilmente decifrabili.

Nella figura 15 si vede che in 70% dei corsi si giudica che gli

Al termine dell'attività pratica sono stati completati tutti i punti riguardanti gli obiettivi?

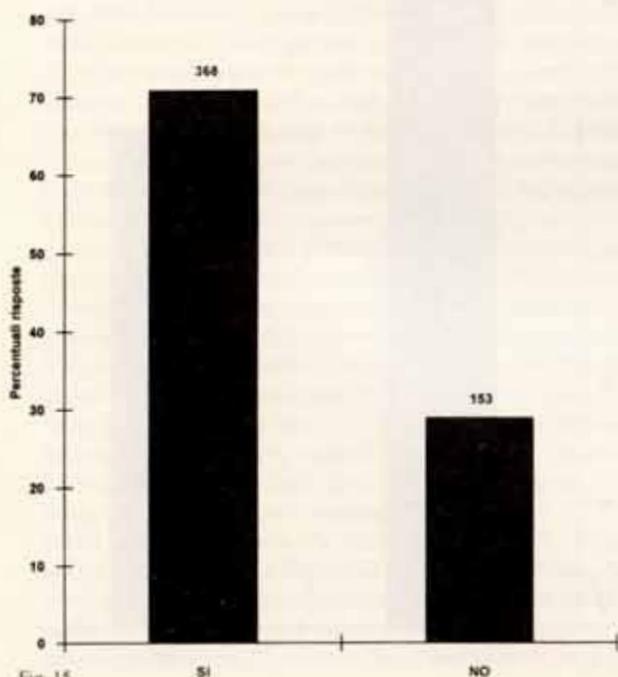


Fig. 15

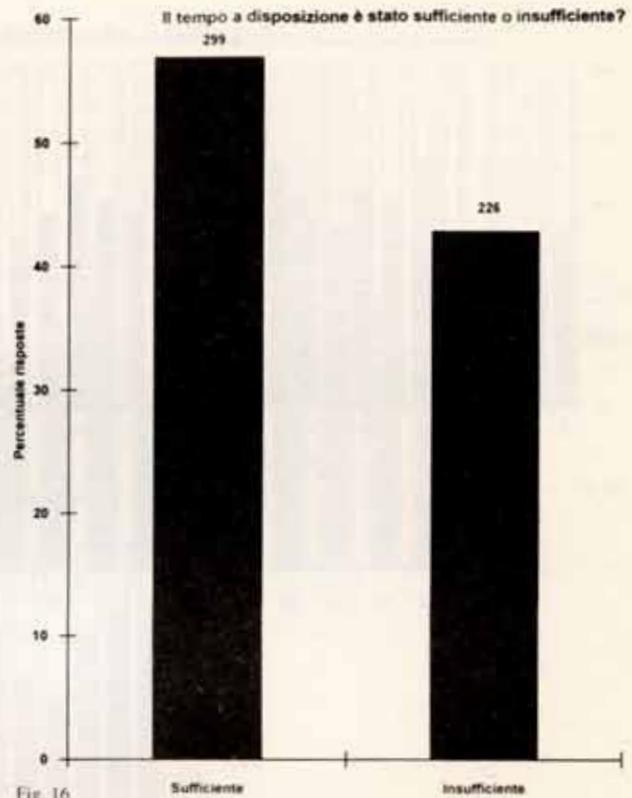


Fig. 16

obiettivi che ci si era posti all'inizio sono stati raggiunti. Questo non è in accordo perfetto con le opinioni presentate nella figura 16, secondo le quali meno del 60% degli stessi docenti giudica che il tempo a disposizione non fosse sufficiente. Vi sono perciò circa 12% dei docenti intervistati che giudicano che il tempo fosse insufficiente ma che gli obiettivi siano stati raggiunti. Viene da chiedersi come abbiano fatto ad ottenere quel buon risultato non avendone il tempo.

L'analisi per singole sedi (figura 17) indica che in alcune l'opinione che gli obiettivi siano stati raggiunti è valida per tutti i corsi integrati o per quasi tutti; in altre sedi invece si riscontra il parere che gli obiettivi voluti non siano stati raggiunti in gran parte dei corsi integrati. Un paragone con i pareri sul tempo a disposizione, sintetizzati nella figura 18, mostra che in parecchi corsi di laurea vi sono grandi discrepanze fra l'una e l'altra risposta.

L'indagine non aveva posto anche una domanda del tipo "Se gli obiettivi non sono stati raggiunti, quali ne sono le ragioni?". Il motivo è che si temeva di rendere l'inchiesta troppo impegnativa, correndo il rischio di ricevere meno risposte oppure di ricevere risposte "addomesticate", cioè che non riflettessero la realtà. Ci sembra invece che possa costituire un importante campo di indagine all'interno dei singoli corsi di laurea.

Cosa ha ostacolato il raggiungimento degli obiettivi? Le possibili ipotesi sono molte; ad esempio:

- non erano stati definiti in partenza obiettivi chiari, cioè capacità che ogni studente dovesse raggiungere;
- gli obiettivi che i docenti avevano definito non erano realizzabili nel tempo a disposizione (cioè erano troppo ambiziosi);
- le strutture cliniche a disposizione non sono state utilizzate appieno;

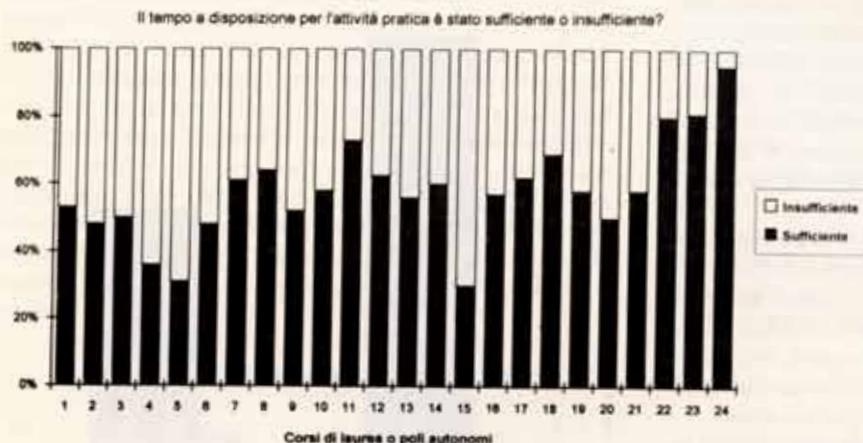


Fig. 17

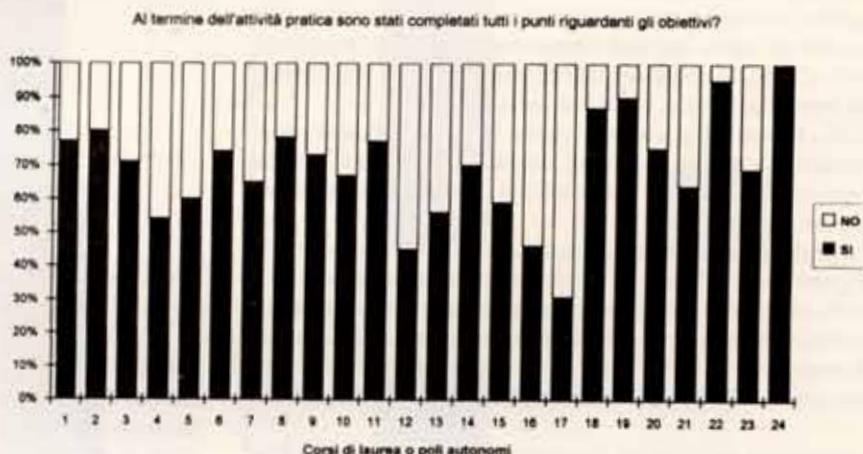


Fig. 18

- i docenti ed i tutori (o alcuni di essi) non hanno tenuto presente che c'erano capacità precise che gli studenti dovevano acquisire.

Il corso di laurea che identifica gli ostacoli al raggiungimento degli obiettivi didattici previsti ha già le basi per provvedere e migliorare.

Un'altra domanda, connessa con quella sugli obiettivi, era: "L'attività pratica ha raggiunto lo scopo che si prefiggeva?". Ci si aspetterebbe che i docenti che avevano dichiarato che l'insegnamento pratico nel loro corso aveva raggiunto gli obiettivi previsti abbiano risposto anche che l'attività pratica ha raggiunto lo scopo che si prefiggeva. Invece, di questo gruppo di docenti circa uno su sei risponde che lo scopo non era stato raggiunto, come si può vedere dal paragone della figura 19 con la figura 15.

L'analisi delle singole sedi (figura 20, da paragonare con la figura 17) indica che praticamente c'è identità fra le due risposte in alcuni corsi di laurea (o poli autonomi); questa identità è particolarmente spiccata nei corsi di laurea n. 1, 7, 8, 10. Altri corsi invece mostrano una notevole differenza fra le risposte alle due domande. La maggiore insoddisfazione si trova nel corso 24, in cui appare che gli obiettivi sono stati sempre raggiunti, mentre lo scopo della didattica pratica è stato raggiunto ben poco. Controcorrente l'atteggiamento della sede n. 17: secondo i suoi docenti gli obiettivi sono stati completati in una minoranza dei casi, ma lo scopo della didattica pratica è stato raggiunto nella maggioranza.

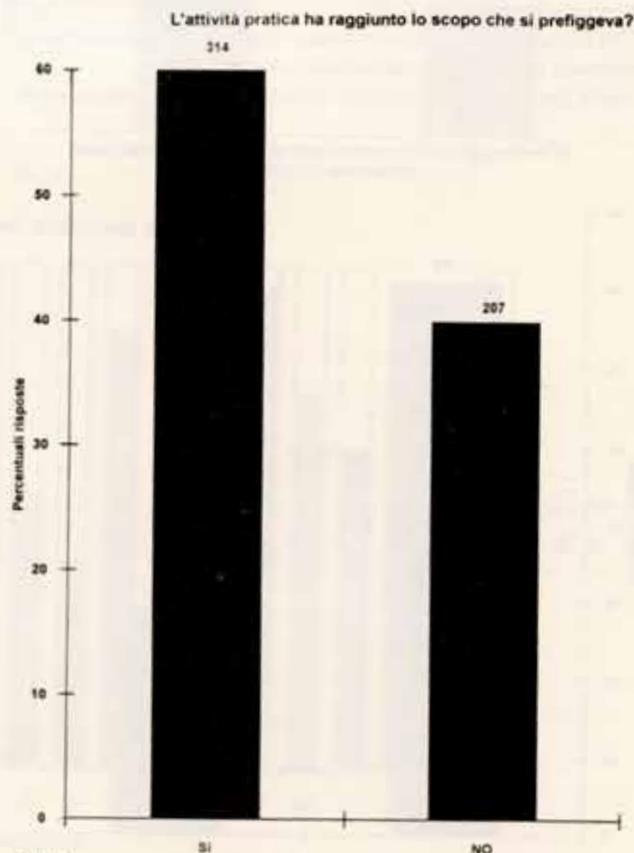


Fig. 19



Fig. 20

Qui si tratta di vedere, all'interno dei singoli corsi di laurea, se gli obiettivi che ci si poneva fossero davvero pertinenti allo scopo generale della didattica pratica che, come si è detto in un paragrafo precedente, è quello di abituare gli studenti ad affrontare il caso pratico, dapprima su un piano di relazione con il paziente e di messa in opera di manovre diagnostiche e successivamente sul piano di ragionamento sul caso concreto.

GLI STRUMENTI PER AIUTARE L'APPRENDIMENTO

Si è dato per scontato che nel corso dell'apprendimento teorico-pratico gli studenti siano stati messi a contatto con le comuni apparecchiature diagnostiche e terapeutiche in uso nelle divisioni cliniche. Si è invece voluto indagare se siano in uso apparecchiature che servono esclusivamente per scopi didattici in campo clinico. Si tratta dei simulatori tridimensionali, che in genere si identificano con dei manichini sui quali imparare certe manovre diagnostiche (per esempio la palpazione di noduli mammari) o terapeutiche (per esempio un'iniezione endovenosa) prima di attuarle sui pazienti. In altri casi i simulatori possono essere apparecchiature diagnostiche simili a quelle reali, ma concepite in modo da servire esclusivamente per impararne l'uso. Per quanto se ne sa, nei corsi di laurea italiani i simulatori in uso sono manichini. Naturalmente questi simulatori non sostituiscono la pratica con i pazienti: come si è detto sopra, servono efficacemente allo studente per accostarsi inizialmente a certe manualità, senza che questo accostamento fatto in modo ancora inesperto possa danneggiare una persona. Si suppone pertanto che i manichini vengano usati prevalentemente (anche se non esclusivamente) verso l'inizio del triennio clinico, lasciando poi man mano il posto ad un maggiore contatto con il paziente reale.

Nella figura 21 si vede che poco meno del 10% dei corsi utilizza simulatori. La figura 22 mostra che nei corsi "non totalmente clinici" i simulatori non vengono usati quasi per nulla: i soli ad usarli sono alcuni corsi clinici. L'analisi delle singole sedi (figura 23) mostra che vi sono solo sei sedi nelle

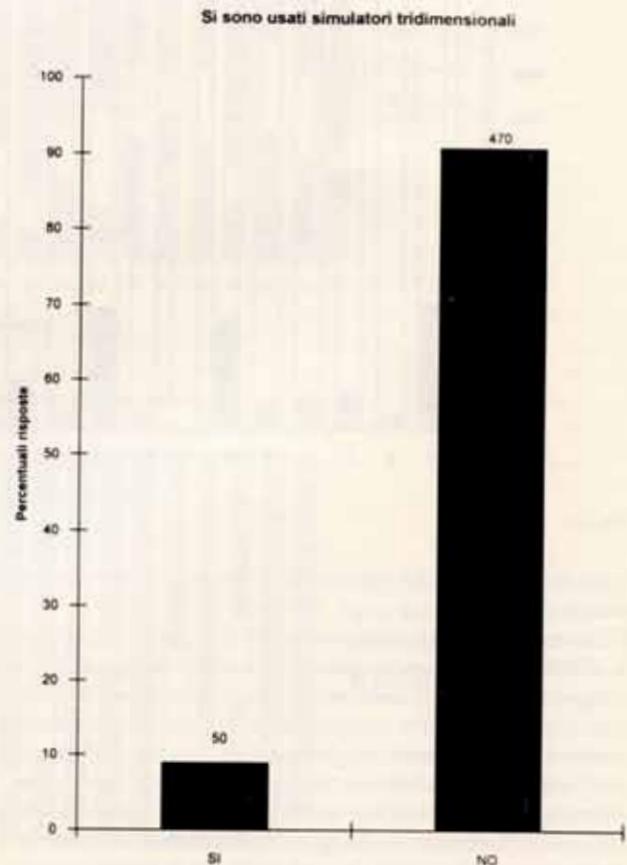


Fig. 21



Fig. 22

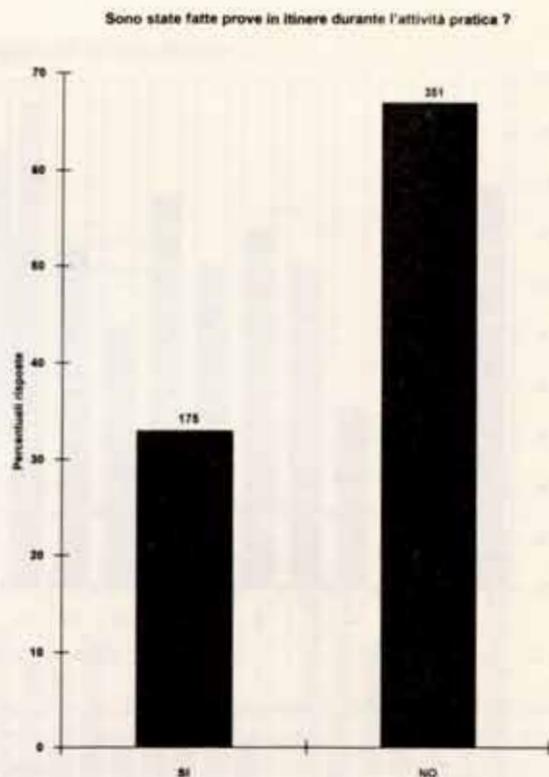


Fig. 24

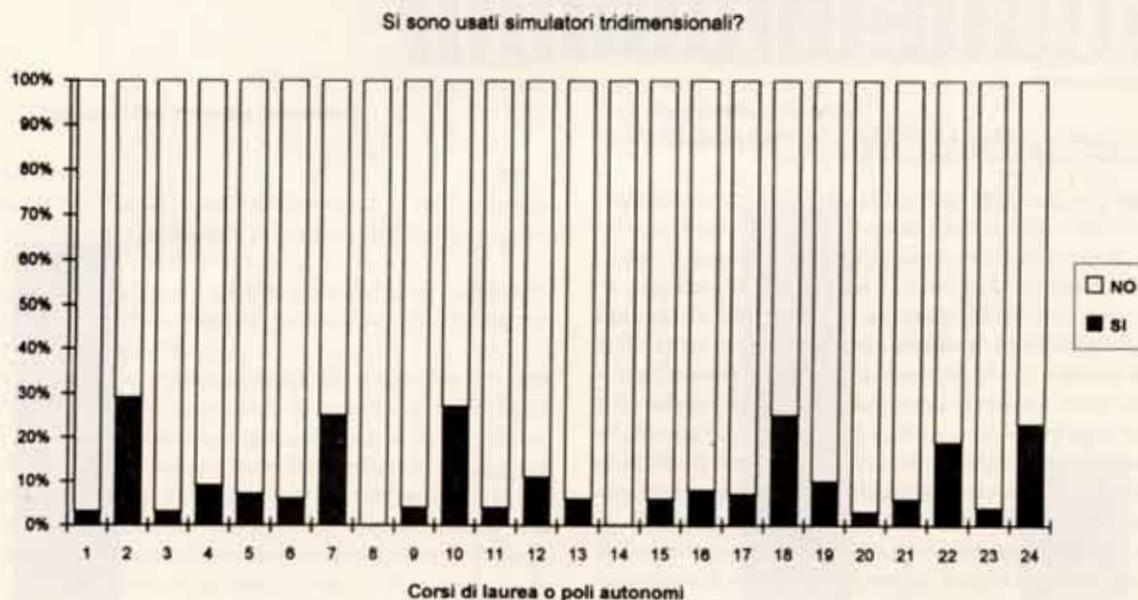


Fig. 23

quali da 20% a 30% dei corsi usano manichini per l'insegnamento pratico.

È dimostrato che questi strumenti didattici sono di notevole utilità per l'apprendimento di manualità diagnostiche o terapeutiche. Il loro costo non è troppo elevato, e comunque un corso di laurea può pianificare l'acquisizione di tali materiali gradualmente negli anni. Certo, avere in dotazione queste apparecchiature comporta una certa attenzione all'insegnamento: occorre dedicare almeno uno locale al loro uso ed è necessario che qualche docente si faccia carico di insegnare agli studenti le manualità con quegli strumenti e verifichi che ciascuno impari. Insomma, è meno come

do che limitarsi a dire agli studenti che seguano un medico durante le sue normali attività di reparto. Ma hanno il grande vantaggio di far lavorare direttamente gli studenti invece che tenerli come semplici spettatori; e di farli anche diventare potenzialmente più utili all'attività di reparto, perché più addestrati.

LA VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO TEORICO-PRATICO

È diffusa ormai in tutti i corsi di laurea l'abitudine di utilizzare "prove in itinere" durante lo svolgimento dei

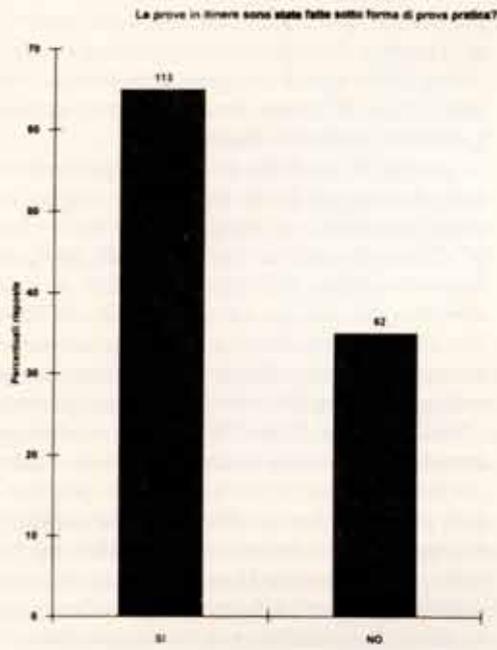


Fig. 25

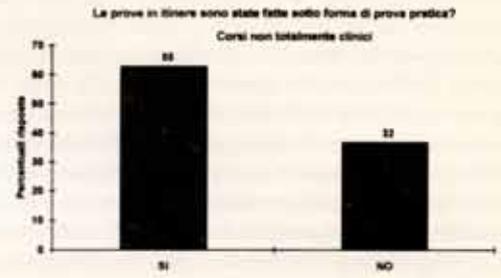
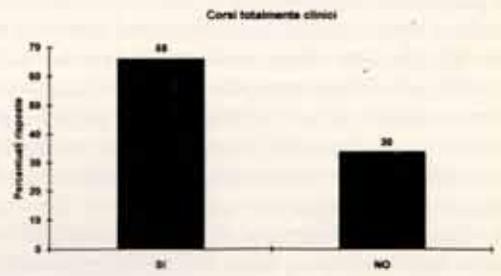


Fig. 26



Sono state fatte prove in itinere? Sotto forma di prova pratica o teorica?

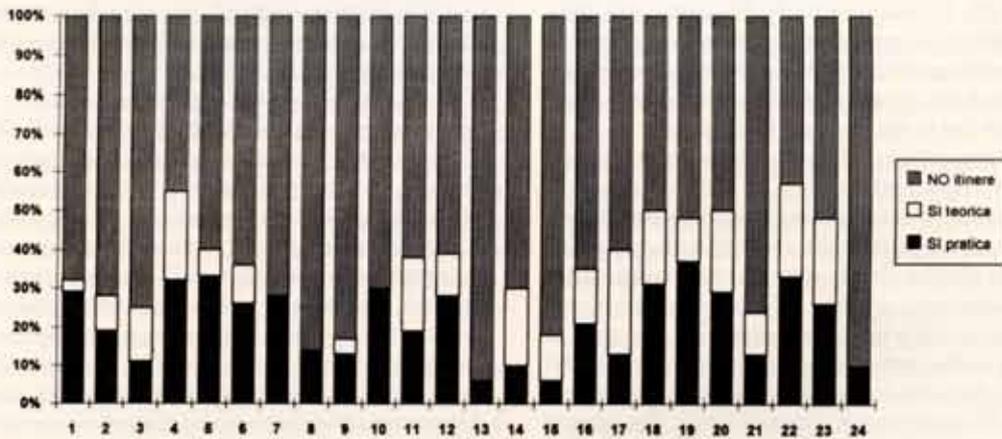


Fig. 27

Sono state fatte prove in itinere? Sono entrate a far parte del voto finale?

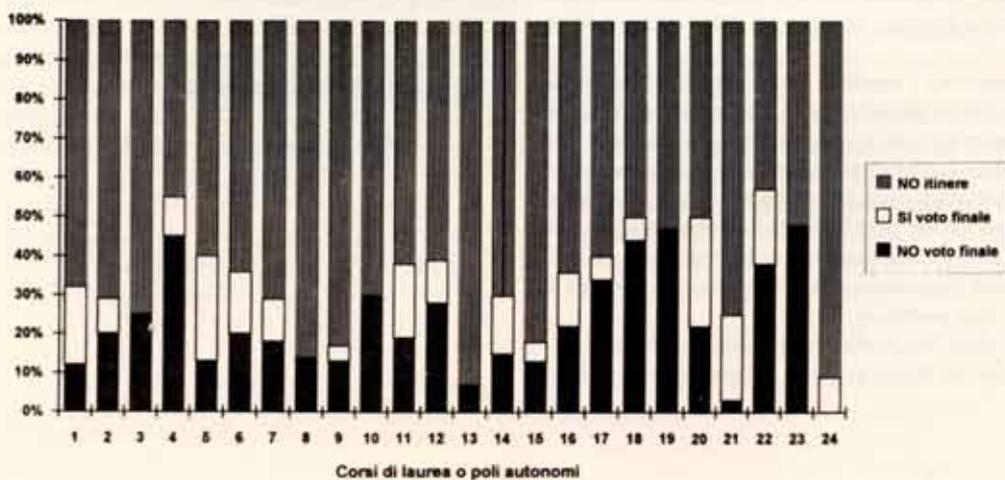


Fig. 28

corsi integrati per verificare se gli studenti stiano imparando, e per permettere ad ogni singolo studente di valutare se stia seguendo il corso con profitto e sia in sintonia con le proposte didattiche dei docenti. Nei nostri corsi di laurea le prove in itinere si riferiscono principalmente al contenuto delle lezioni accademiche. Nel presente studio si è voluto indagare se vengano fatte prove in itinere anche relativamente all'apprendimento teorico-pratico, e se i risultati di queste prove entrassero a far parte del voto finale del corso. Naturalmente la verifica di un apprendimento pratico deve essere pratica anch'essa. Se si vuol capire se uno studente ha imparato a palpare un fegato bisogna vederlo palpare un fegato; se ci si accontenta di fargli descrivere come si fa a palpare un fegato non si può avere nessuna garanzia che sia davvero capace di farlo. Peraltro l'indagine non è entrata dettagliatamente nel merito della descrizione del come le verifiche in itinere sono attuate. Il motivo, ancora una volta è stato quello di non appesantire l'indagine rischiando di avere meno risposte. Ha però chiesto, almeno in termini generali, se le verifiche in itinere fossero fatte in forma pratica oppure teorica.

La figura 24 fornisce una visione generale della situazione. Si vede come solo un terzo dei corsi programmi delle prove in itinere a verifica dell'apprendimento pratico.

Ai soli corsi che utilizzano prove in itinere è stato chiesto se queste consistano in prove pratiche oppure siano di tipo teorico (figura 25). La maggior parte di questi corsi attua una verifica pratica. A questo proposito abbiamo voluto controllare se venissero fatte prove pratiche più nei corsi del tutto clinici che in quelli non totalmente clinici: dalla figura 26 si vede che la percentuale non cambia.

Nella figura 27 è riportata un'analisi delle singole sedi con due ordini di informazioni.

La prima informazione è se durante l'insegnamento pratico vengano fatte prove in itinere. La seconda è se questa sia fatta sotto forma pratica. È stata costruita questa figura per fornire un quadro visivamente efficace di quale sia la diffusione delle verifiche nelle varie sedi, e del loro tipo. Si vede come solo in due sedi poco più di metà dei corsi attui prove in itinere. Simmetricamente, in due sedi questa pratica è adottata in neppure un corso su dieci. Per quanto riguarda il tipo di prove, un buon gruppo di sedi mostra che circa 30% di tutti i corsi del secondo triennio attua prove in itinere di tipo pratico.

Sembra ragionevole porre come traguardo finale l'uso di verifiche in tutte le sedi, e di tipo pratico in modo da rispecchiare senza inganni le capacità che devono essere apprese.

Infine, si è chiesto se i risultati delle verifiche in itinere andassero a far parte del voto finale. Le risposte sono nella figura 28. In ben poche sedi quei corsi che usano le prove in itinere ne tengono conto regolarmente (o quasi) nel voto finale. Se si paragona questa figura con la figura 27 si nota che queste due sedi sono peraltro sedi in cui ben pochi corsi usano prove in itinere. Si può pensare che in queste sedi tali prove siano usate poco ma da docenti ben determinati a farne il miglior uso possibile.

Negli altri corsi di laurea metà o meno dei corsi che adottano prove in itinere ne tengono conto nella votazione di fine corso.

CONCLUSIONI

Dai diversi risultati ricavati dalle varie sezioni dell'indagine ci sembra che si possano riassumere alcune conclusioni.

- Un qualche tipo di insegnamento pratico viene attuato in tutti i corsi di laurea ma, per quanto appare, con livelli qualitativi piuttosto disomogenei.

- I gruppi di studenti avviati all'apprendimento pratico sono la maggior parte delle volte troppo numerosi per poter permettere un insegnamento reale e non "di facciata". Probabilmente un problema difficile è costituito dalla frammentazione dell'attività pratica in numerosi corsi diversi, ciascuno con un numero di ore limitato. Questo tipo di problema dovrà a nostro parere essere affrontato avendo più a cuore che gli studenti imparino piuttosto che vengano seguite delle norme in termini puramente formali.

- Nella maggior parte dei corsi l'insegnamento pratico è condotto dagli stessi docenti, da soli o in collaborazione con dei tutori. Questo ci sembra un dato positivo. Peraltro un gruppo non irrilevante di corsi affida tutta l'attività pratica a tutori, mentre i docenti non vi si coinvolgono. L'auspicio è che questo gruppo diventi sempre più ridotto.

- La maggior parte dei corsi progetta l'insegnamento pratico ponendosi obiettivi precisi e non affidandosi al caso (i pazienti che capitano) ed all'iniziativa del singolo tutore. Però ancora molti non fanno una buona programmazione. A nostro parere una pianificazione precisa dell'insegnamento pratico (non intendiamo solo gli orari, bensì soprattutto gli obiettivi ed i contenuti) deve essere fatta in tutti i corsi integrati.

- Gli obiettivi da raggiungere devono essere adeguati ai tempi concessi ed alle strutture disponibili. D'altra parte, dobbiamo farci parte attiva per avere a disposizione tempi adeguati e strutture idonee perché i nostri studenti imparino almeno quanto è irrinunciabile che sappiano fare.

- L'insegnamento pratico agli studenti può essere aiutato da apposite strumentazioni (i simulatori) più di quanto avvenga attualmente nei nostri corsi. L'autonomia delle Università ha portato le Facoltà a gestire dei fondi da usare a scopi didattici. Abbiamo perciò l'opportunità di dotare i nostri corsi di laurea di strumenti utili agli studenti.

- Un teorema didattico che ha dimostrazioni continue è che qualunque studente si impegna ad imparare quello su cui sa che verrà valutato. Perciò se quanto insegniamo non è oggetto di valutazione, non possiamo sperare che i nostri studenti siano stimolati ad impararlo.

I COMMENTI DA ALCUNI CORSI DI LAUREA

Ancona

Saverio Cinti

I dati del questionario sono abbastanza preoccupanti, infatti c'è da considerare che Ancona ha purtroppo, il più elevato rapporto studenti/letti delle Facoltà mediche italiane e questo, ovviamente, non favorisce la didattica teorico-pratica.

Il CCL ha più volte evidenziato questo problema fino a giungere ad una delibera di maggioranza che proponeva una riduzione del numero di studenti. Per motivi "politici" tale delibera non è stata ratificata dal Consiglio di Facoltà. Un altro importante motivo per cui non sono personalmente soddisfatto della didattica teorico-pratica è che l'Ordinamento prevede da una parte una maggiore didattica pratica per favorire la professionalizzazione dell'insegnamento, ma dall'altra impone una frammentazione dell'insegnamento sia teorico che pratico che, di fatto impedisce o crea notevoli problemi per la realizzazione di un efficace insegnamento pratico per il futuro medico generico.

Lo studente infatti si vede costretto a frequentare reparti assolutamente specialistici e quindi, a mio avviso, non adatti ad insegnare la "pratica di base" che servirà al medico. Inoltre è assai importante sottolineare che la frammentazione dell'insegnamento toglie molto tempo allo studente che non può quindi "sostare" adeguatamente a lungo in quelle cliniche che dovrebbero essere più professionalizzanti per la medicina generica.

Oltre a ciò si aggiungono particolari situazioni locali che rasentano una situazione di "scandalo didattico": ad esempio la semeiotica medica e la geriatria non hanno un reparto clinico!

Si può evidenziare che alcune discipline non assolvano i propri doveri istituzionali anche perchè organizzare in modo più efficace tale didattica viene reso vano ed osteggiato da chi deve risolvere problemi assai importanti a monte; senza parlare di problemi "minori" come mancanza di personale, attrezzature, spazi ecc.

Alcuni di questi problemi si evincono chiaramente anche dalle risposte date ai quiz:

ad es: tempo a disposizione insufficiente = 47%

Modena

Sebastiano Calandra Bonauro

I primi dati relativi all'organizzazione dell'insegnamento nel triennio clinico del Corso di Laurea in Medicina, indicano che almeno sul piano organizzativo le varie sedi hanno cercato di mettere in pratica le indicazioni della Tabella XVIII. La suddivisione degli studenti in piccoli gruppi, la realizzazione di un insegnamento finalizzato al raggiungimento degli obiettivi didattici prestabiliti, l'utilizzo dei docenti non solo per le lezioni formali ma anche per la didattica pratica, sembrano essere caratteristiche comuni. I dati relativi alla partecipazione attiva dello studente all'attività pratica applicativa è ancora inferiore agli standard europei così come l'accertamento in itinere o l'impiego di simulatori tridimensionali non sono pratiche ancora molto diffuse. I risultati relativi al Corso di Laurea di Medicina di Modena non si discostano sostanzialmente da quelli nazionali, fatta eccezione dell'impiego del personale docente nell'attività pratica applicativa che risulta più alto a Modena rispetto alla media nazionale. Ciò riflette l'attitudine abbastanza condivisa dal nostro corso di laurea che l'attività pratica applicativa rivesta un ruolo formativo fondamentale paragonabile, se non superiore a quella teorico-formale.

I miei predecessori Prof. Manenti e Carulli, hanno operato un notevole sforzo per ridurre il monte ore dedicato all'attività teorico-formale, a vantaggio di quella pratica applicativa.

Attualmente la maggior parte dell'attività dei docenti del triennio clinico si svolge nell'ambito dell'insegnamento pratico a piccoli gruppi. tuttavia nel corso di questi anni, con l'aumentare del numero degli studenti che superano nei tempi previsti il triennio preclinico, si è presentato in tutta la sua gravità, il problema del rapporto fra numero degli studenti e disponibilità delle strutture. L'insegnamento pratico infatti richiede che il numero di studenti sia molto contenuto non solo per ragioni logistiche, ma anche per il rispetto dovuto ai pazienti, e per la operatività dello svolgimento dell'attività assistenziale.

In una recente inchiesta rivolta ai docenti del II triennio, è emerso chiaramente la difficoltà di svolgere un insegnamento efficace in condizioni numeriche sfavorevoli, anche se il numero di studenti ammessi al Corso di Laurea di Medicina a Modena, è largamente inferiore ai livelli prefissati al momento della prima applicazione della Tabella XVIII.

In questo contesto mi sembra utile che il lavoro dell'Osservatorio prosegua e si focalizzi sulla qualità dell'insegnamento impartito e sulle difficoltà oggettive che i docenti e soprattutto gli studenti incontrano nella didattica pratica applicativa.

Roma "La Sapienza"

Luigi Frati

Tra gli obiettivi didattici del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, anche nel recente atto di indirizzo della Commissione dell'Unione Europea, c'è l'acquisizione di adeguate conoscenze cliniche pratiche: il saper fare. Già nella Medicina razionale che si sistematizza con Ippocrate (V-VI secolo a. C.), la Medicina è scienza applicata (techne), che si arricchisce ogni giorno con l'osservazione clinica.

La pratica clinica nella medicina eziopatogenetica

Nel XIX secolo la centralità della medicina si sposta dalla corsia al laboratorio, nel quale matura un nuovo concetto di eziopatogenesi, legata ad una diagnostica causale, che si sostanzia con la batteriologia, l'ematologia o la ematocimica: l'identificazione dei batteri o delle cellule ematiche o l'azoto ureico o la glicemia divengono elementi essenziali nella metodologia diagnostica, come lo è lo stetoscopio per rilevare con accuratezza i segni fisici. Non è che la medicina di Ippocrate e di Galeno non fosse, a suo modo, eziopatogenetica: gli è che la causalità non poteva avere il supporto generale di riscontri obiettivi, che erano limitati alle escrezioni (urine, feci, sputo) o ai reperti esterni.

Il quadro cambia con l'analisi istopatologica di Morgagni e poi nel XIX secolo con l'anatomia clinica di Bichat, la medicina sperimentale di Claude Bernard, l'infettivologia di Pasteur e Koch; ma anche la medicina che si avvale delle nuove "tecnologie" (il termine può far sorridere oggi, se riferite al microscopio o ad una scala colorimetrica) richiede che la loro significatività venga comprovata dalla correlazione clinica: è la clinica - cioè la valutazione del malato - che chiarisce predittività e significatività di un test o di un segno fisico. Ed anche nell'epoca della medicina molecolare, che è in grado in taluni casi di fare diagnosi di malattia con certezza assoluta, l'osservazione clinica conserva il suo ruolo, perché un gene mutato o con difetto d'espressione determina un'alterazione ben definita nella conseguenza biologico molecolare, non necessariamente con uguale delimitazione riguardo al quadro clinico (si pensi alle malattie multifattoriali o al network compensativo di sistemi a regolazione complessa, come quello ematico staminale o endocrino).

Di conseguenza, la pratica medica ha un ruolo decisamente fondamentale nella formazione del medico. Ma questo è poi così vero? Che relazione c'è tra obiettivi didattici "tabellari" e la loro concreta attuazione?

Insegnamento clinico pratico a Roma "La Sapienza"

Il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia di Roma "La Sapienza" è suddiviso in sei cosiddetti canali, organizzati verticalmente in modo autonomo dal I al VI anno; il programma tra i corsi integrati di uguale denominazione dei diversi canali è unificato per l'80%, sicché sono possibili confronti e considerazioni.

Ad esempio è possibile identificare il corso integrato "Killer" (quello in cui gli studenti sono promossi al termine del corso in misura molto bassa: fisiologia minore del 30%) o il

professore "Killer" (quello che nel corso integrato di un canale promuove in modo inspiegabilmente inferiore rispetto agli altri canali, analisi ad es. di un certo canale per istologia negli anni 1988-1991). La stessa analisi può essere fatta per l'insegnamento clinico applicato, riguardo al quale l'Osservatorio Permanente sulla didattica in Medicina (promosso dalla Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea) ha fornito i dati di un'indagine svolta tra i docenti e gli studenti del II triennio di Medicina.

L'Osservatorio ha sede a Torino ed è diretto, con esperienza ormai decennale, dal Prof. Sergio Curtioni.

Le principali osservazioni sono:

a) per la didattica pratica gli studenti sono stati divisi in gruppi ristretti (in genere di 15 studenti) e ciò ha riguardato mediamente il 72% dell'attività; il restante 28% è stato svolto in forma seminariale o addirittura sotto forma di lezione (anche con dichiarazioni di insoddisfazione da parte degli studenti);

b) sorprendentemente la didattica pratica a piccoli gruppi è stata attuata in maggior misura dai corsi integrati non clinici del II triennio (la didattica ad un unico gruppo ha riguardato solo il 15% del totale);

c) un solo canale (il II) ha formato quasi continuamente gruppi decisamente troppo numerosi (al 4° e 5° anno da 16 a 23 studenti).

Questi dati indicano una buona organizzazione didattica, deviata solo in casi limitati. La particolare disponibilità di docenti nella Facoltà medica romana (oltre 700 professori di ruolo e circa 430 ricercatori) ha permesso un impegno concreto nell'opera di tutoring, nella quale si sono equiripartiti sia i professori che i ricercatori.

Il dato va tuttavia analizzato rispetto agli effetti di questa attività.

Il tempo dedicato all'attività pratica clinica è giudicato sufficiente nel 55% e 60% dei casi, solo nel 4° canale il tempo è stato giudicato sufficiente nel 30%, con alte punte di insoddisfazione al 4° anno (63%) ed al 5° anno (86%). Come detto, l'organizzazione didattica dei 6 canali ha programmi largamente comuni ed obiettivi didattici prefissati (80% del totale): ciò consente un'analisi del raggiungimento degli obiettivi nei diversi anni/canali:

a) metodologia didattica:

circa il 75% dell'attività pratica si è svolta su obiettivi programmati; il restante 25% ha riguardato la tradizionale visita in corsia. Fa in questo eccezione il primo canale.

b) raggiungimento degli obiettivi didattici di pratica clinica:

le percentuali relative al raggiungimento degli obiettivi sono significativamente inferiori rispetto alla programmazione. Ciò rivela una insufficienza di strutture cliniche dedicate, insufficienza alla quale non ha fatto da contrappeso l'apertura ad altre strutture cliniche esterne al Policlinico.

E questo si è rivelato il principale limite nell'applicazione del Nuovo Ordinamento Tabella re riguardo al II triennio.

Trieste

Giuseppe Marotti

L'attività didattica del II triennio, avviata con il 4° anno 1991-92, nel successivo anno accademico '92-'93 ha visto la diminuzione sperimentale del numero di ore da dedicare alla didattica formale ed a quella pratico-tutoriale. La decurtazione delle 5.500 ore è stata realizzata applicando una percentuale variabile, proporzionata al monte ore (maggiore per le dotazioni orarie più alte) dei vari corsi integrati. Si sono così rese disponibili 1.500 ore utilizzate obbligatoriamente per attività di apprendimento guidato, di preparazione agli esami, di internato negli istituti ed infine per la preparazione della tesi, come verrà precisato più avanti. Sull'utilizzazione delle 1.500 ore residue verranno dati chiarimenti più avanti.

Per quanto riguarda l'insegnamento, mentre quello formale è stato riservato all'inquadramento delle differenti discipline, all'impostazione delle problematiche di argomenti complessi e alla trattazione di argomenti esemplari, dalla maggior parte dei docenti è stata privilegiata la didattica tutoriale la quale è stata svolta per piccoli gruppi di studenti su malati delle corsie al di fuori dell'attività clinica di routine.

Si è cercato di far cimentare direttamente gli studenti con problemi dell'attività clinica (dalla raccolta dell'anamnesi all'orientamento diagnostico e terapeutico) propria delle differenti discipline, privilegiando di queste le tematiche fondamentali e più frequenti e pertanto irrinunciabili. All'attività didattica tutoriale hanno preso parte sia pure con impegno ed orari differenziati, tutti i docenti.

Sono state, inoltre, assunte iniziative di integrazione didattica interdisciplinare nell'ambito di alcuni corsi integrati preliminarmente definiti "portanti". Precisamente:

- a) semeiotica e metodologia medica e chirurgica,
- b) oncologia clinica,
- c) emergenze medico-chirurgiche.

a) Semeiotica e metodologia medica e chirurgica

Il corso integrato, svolto dai titolari e dai loro collaboratori, è stato completato a livello tutoriale (piccoli gruppi) da docenti (4-6 ore) delle aree della patologia dell'Apparato Locomotore e delle Malattie Cutanee e Veneree.

Lo scopo è stato quello di potenziare la funzione e la rilevanza propedeutica della semeiotica e della metodologia clinica verso le specialità medico chirurgiche per le quali la semeiotica non strumentale e la metodologia conservano immutato il loro classico significato.

b) Oncologia clinica

Il corso integrato di Oncologia clinica è stato potenziato dal punto di vista interdisciplinare integrando l'azione didattica dei docenti di Oncologia medica, di Oncologia radioterapia e di Chirurgia generale con i docenti di altre specialità (Urologia, Radiologia, Neurochirurgia, Otoiatria, Ortopedia, Odontostomatologia, Oftalmologia, Terapia antalgica) interessate all'Oncologia. La didattica è stata sviluppata in termini preminentemente pratici ed integrati, con l'intervento contestuale di più competenze al momento della trattazione della terapia del singolo tumore o di gruppi di tumori.

c) Emergenze Medico-Chirurgiche

Anche per questo corso integrato sono state organizzate lezioni essenzialmente pratiche coinvolgendo, oltre ai titolari delle discipline incluse nel corso integrato stesso anche docenti di altre discipline, come il radiologo, il neurochirurgo, l'ortopedico traumatologo, il chirurgo toracico, il chirurgo vascolare e così via. Sono state predisposte situazioni simulate, anche molto complesse, che gli studenti sono stati chiamati a risolvere sotto la guida di docenti tutori oppure da soli.

L'esperienza acquisita nella sperimentazione didattica svolta nei corsi integrati definiti "portanti" è stata di soddisfazione sia dei docenti, sia dei discenti, al punto che si sta progettando di fare la stessa esperienza su un quarto corso integrato "portante": la Fisiopatologia applicata.

Due parole infine sull'utilizzazione delle 1.500 ore accantonate dal monte ore di 5.500.

Le 1.500 sono state suddivise come appresso indicato:

1° anno: 200 ore

160 studio guidato in preparazione agli esami
40 ore visita nei reparti clinici (Medicina interna, Chirurgia generale, alcune specialità, aree del Pronto Soccorso).

2° anno: 200 ore

160 studio guidato in preparazione agli esami
40 ore visita guidata nei reparti clinici

3° anno: 200 ore

internato negli istituti a cui afferiscono le discipline del 3° anno, a scelta concordata con lo studente.

4° anno: 200 ore

internato in un istituto a scelta concordata con lo studente

5° anno 200 ore

internato in un istituto a scelta concordata con lo studente

5° e 6° anno: 500 ore di frequenza presso l'istituto di afferenza del titolare della disciplina nell'ambito della quale viene svolta la tesi di laurea.

Nell'insieme, quindi, l'insegnamento clinico è stato svolto privilegiando per quanto possibile la parte pratica, guidando lo studente a consolidare su base teorica quanto riscontrato nella pratica, stimolandolo alla ricerca dei collegamenti con la preparazione basale già acquisita.

Le difficoltà sono state registrate a livello di spazi didattici per le esercitazioni lavoro e per difetto numerico dei docenti. Ciò è risultato particolarmente evidente nel I° triennio, mentre nel II triennio l'attività è stata soddisfacente.

Tutto è suscettibile di miglioramento e sotto questo profilo, quindi, vi è ancora molto da fare. Ad esempio è facile prevedere che un più concreto e più compiuto impiego delle ore impiegate alla didattica guidata, migliorerà l'attività addestrativa dello studente.

È importante che egli possa scegliere percorsi didattici precostruiti alcuni dei quali da frequentare obbligatoriamente (area dell'emergenza).

Verona

Luciano Vettore

Il Corso di laurea di Verona ha scelto di organizzare in modo "centralizzato" l'attività pratica, perché considera l'addestramento pratico come un impegno unitario, cioè non frammentabile in mille rivoli autonomi e anarchici che rispondano alle esigenze personali "competitive" e non sempre ragionevoli dei singoli docenti; questa scelta ha lo scopo (non ancora completamente conseguito) di evitare iniziative di didattica pratica sostanzialmente inutili, organizzate per rispetto letterale delle norme burocratiche della Tabella XVIII o per narcisismo docente.

In realtà riteniamo che siano poche e ben definibili le abilità pratiche che devono entrare nel bagaglio operativo di un laureato in medicina non specialista, e che quelle prive di utilità certa non debbano occupare i tempi già scarsi degli studenti, meglio dedicabili allo studio, purtroppo la norma tabellare finora vigente prevede in modo miope percentuali fisse di tempo per ciascun triennio da dedicare all'attività teorico-pratica.

Quando si deve imparare qualcosa di pratico perché sarà utile professionalmente, questo qualcosa (che qui si intende esclusivamente ai campi psicomotorio e relazionale) dovrà essere appreso sul serio e per sempre; cioè una volta imparato dovrà essere eseguibile in modo veramente soddisfacente, cioè con l'acquisizione di un sufficiente automatismo motorio.

In quest'ottica nel Corso di Laurea di Verona è stato definito e pubblicato nella Guida all'apprendimento dello studente di Medicina un unico elenco di obiettivi pratici irrinunciabili, collegati ai corsi teorici corrispondenti solo per i fondamenti delle conoscenze pertinenti; sono ancora allo stato di progetto per il futuro le modalità di valutazione e di certificazione del raggiungimento di questi obiettivi: è auspicabile che tale valutazione consista in un'unica prova d'esame concepita ad hoc ed effettuata poco prima della laurea, secondo adeguate griglie oggettive ed osservazioni e con un voto unico che ne certifichi il risultato; questa prova dovrebbe in ogni caso considerare il raggiungimento reale e permanente da parte degli studenti degli obiettivi pratici irrinunciabili, considerati come ambiti indispensabili di competenza professionale; questo progetto è oggi fortunatamente consentito dalla flessibilità dell'ultima versione della Tabella XVIII, ma sono proponibili in alternativa altri tipi di soluzione.

Da questo bagaglio di "abilità" pratiche in senso stretto debbono andare distinti altri "contenuti" di natura "pratico-dimostrativa", in cui lo studente deve acquisire conoscenza diretta, senza essere per questo in grado di eseguire personalmente le manovre relative: potrà risultare utile che a queste "dimostrazioni" lo studente "assisti" (per es., a un'endoscopia digestiva, a una coronarografia, al confezionamento di un apparecchio gessato, a un parto ecc.), ma è necessario garantire il minimo dispendio di tempo e organizzazione; per es. ciò è realizzabile mediante la discussione seminariale di videocassette; per non perdere l'impatto emotivo di alcuni eventi - di per se utile al piano formativo - ogni studente può poi assistere almeno una volta in vivo a ciascuna di queste "manovre" durante i suoi periodi di internato.

Si tratta di scelte di opportunità, ciascuna delle quali deve rinunciare a qualcosa se vuole tenere conto dei rapporti tra i costi, i rischi e i benefici; in quest'ottica è indispensabile: non inflazionare i nostri tempi didattici con un numero eccessivo di dimostrazioni "cinematografiche" ed è altrettanto indispensabile che ogni "dimostrazione" sia fondata anche su conoscenze teoriche (per es., indicazioni, controindicazioni e rischi di una tecnica diagnostica invasiva); ciò può facilmente proporsi con una discussione seminariale contestuale alla dimostrazione "cinematografica" della tecnica.

Nel Corso di Laurea di Verona i diversi insegnamenti utilizzano ora l'una, ora l'altra delle soluzioni sopra considerate, in base alle differenti esigenze di ogni singola metodologia e - ovviamente - anche in base a ragioni di praticità o di opportunità.

Con l'attività pratica in senso stretto non possono essere confuse altre "occasioni" didattiche, solo perché diverse dalle lezioni ex cathedra, e per lo più eseguite in gruppi di studenti di numerosità varia, con un differente grado di coinvolgimento attivo; mi riferisco alle seguenti possibilità: - attività di apprendimento in piccolo gruppo con tutore, per lo più basata sulla soluzione di problemi; a Verona questi incontri sono finalizzati all'addestramento nelle abilità cliniche cognitive in ambito internistico chirurgico e si svolgono in semestri diversi su problemi di natura differente: fisiopatologici, di diagnostica differenziale, decisionali e terapeutici;

- attività seminariali di apprendimento "misto" con esposizione di argomenti adatti alla successiva discussione da parte di un gruppo non troppo numeroso di studenti (15-25); a Verona questa modalità didattica non formale si realizza in numerosi corsi clinici e non clinici (Anatomia Patologica II, con la discussione di quadri anatomo-clinici e autoptici, Psichiatria, Diagnostica per Immagini, Neurologia, Pediatria, Igiene, Medicina Legale), affiancandosi per qualche corso ad altre attività più strettamente pratiche (per es. esercitazioni di semeiotica neurologica).

Alcune attività didattiche finalizzate all'acquisizione di abilità pratiche possono coinvolgere "trasversalmente" corsi differenti, addirittura collocati in semestri diversi; in un'organizzazione flessibile, concepita all'interno di un progetto unitario, non è obbligatorio che tutti gli insegnamenti effettui anche attività pratica contemporaneamente alla loro didattica teorica; può essere in molti casi più funzionale condividere con altri insegnamenti alcuni obiettivi pratici, poiché non è importante quando, ma piuttosto come e quanto essi vengono conseguiti.

Per esempio, a Verona la Medicina Interna del 6° anno, la Chirurgia generale del 6° anno e la Geriatria si giovano delle attività pratiche svolte durante la frequenza di altri corsi integrati ad esse affini e propedeutici (attività tutoriale, esercitazioni e internato clinico distribuiti in tutto il triennio, senza stretta contemporaneità con i corrispondenti insegnamenti teorici, e attinenti alla Metodologia clinica, alla Patologia sistematica, alla prima parte della Medicina interna e alla Chirurgia generale e alle Emergenze medico-chirurgiche). Inoltre tutti gli studenti sono obbligati a frequentare il "tirocinio elettivo" sotto forma di internato presso una struttura universitaria (biologica o clinica) a loro scelta, per un intero semestre (il II semestre del 5° anno).

Infine non tutti i corsi, nemmeno quelli strettamente clinici del II triennio, necessitano o sono in grado di organizzare efficacemente attività di apprendimento pratico o comunque non formale (per es. a Verona non prevedono - almeno per ora - alcun tipo di attività pratica i corsi integrati di Farmacologia, Malattie Odontostomatologiche, Medicina del Lavoro, Ginecologia e Ostetricia).

Ovviamente, quelle riportate sono soltanto esemplificazioni di soluzioni possibili, che vorrebbero tuttavia indurre qualche osservazione conclusiva:

- la didattica teorico-pratica, alla pari di quella formale è rivolta soprattutto alle abilità cognitive, esige di essere tenuta in seria considerazione mediante la definizione di obiettivi specifici dell'apprendimento, pertinenti nei confronti del tipo di medico che vogliamo formare; analogamente devono essere individuate in modo accurato le metodologie didattiche di valutazione, coerenti con gli obiettivi didattico-formativi;
- tutti abbiamo applaudito quando nelle nostre Facoltà è

rinata dopo decenni l'attenzione per l'addestramento per le attività pratiche; ma ciò non significa che si debba estendere tale impegno a tutti i settori del curriculum e quindi a tutti i corsi, anche senza vantaggi reali per la formazione professionale, soltanto perché così esigono norme dell'Ordinamento rigide e ingiustificate sul piano pedagogico;

- infine non è corretto utilizzare nell'apprendimento pratico un solo tipo di metodo didattico (nella fattispecie le tradizionali esercitazioni); non è nemmeno vero che ogni metodo sia buono e che si possa quindi scegliere di usarne uno qualsiasi solo perché è più comodo; in realtà il metodo deve puntualmente attenersi alle caratteristiche dell'obiettivo prescelto e non si può abbracciare qualche attività di didattica pratica soltanto perché fare qualcosa sembra meglio di non far nulla.

In tutta la nostra pianificazione didattica dovremmo richiamarci ad un più oculato rispetto del tempo limitato di cui lo studente dispone per uno scopo così importante qual è la sua preparazione culturale e professionale.

I dieci anni della Conferenza

La Conferenza Permanente dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia compie dieci anni. La costituimmo a Portonovo di Ancona, presso l'Hotel Emilia nel verde del Monte Conero, l'11 ottobre 1985; nacque come Collegio dei Presidenti, dopo, nello Statuto e nell'atto notarile, assunse il nome di Conferenza Permanente.

Si trovarono a Portonovo quell'11 ottobre i Presidenti dell'epoca: G. Danieli (Ancona), C. M. Caldarera (Bologna), G. Ragnotti (Brescia), A. Balestrieri (Cagliari), A. Capelli (Chieti), A. Migliore (Ferrara), L. F. Signorini (Messina), L. Allegra (Milano), B. Bonati (Modena), C. Giordano (Napoli I), F. Rinaldi (Napoli II), A. Salerno (Palermo), A. Novarini (Parma), G. Bo (Pavia), E. Rinonapoli (Perugia), L. Frati (Roma, La Sapienza), E. Manni (Roma Cattolica), E. Miele (Sassari), C. Fruschelli (Siena), S. Curtoni (Torino), M. Marigo (Verona).

Di questi Presidenti fondatori due ricoprono tutt'ora la carica di Presidente di Corso di Laurea: Luigi Frati (Roma, La Sapienza), Salvatore Navarra (Messina); ma Luigi Frati passerà la mano il prossimo 1° novembre e Salvatore Navarra rimarrà l'unico dei Presidenti fondatori ancora in servizio.

Nelle diverse sedi si sono infatti succeduti dall'ottobre 85 ad oggi i seguenti Presidenti:

Ancona: Giovanni Danieli 1985-90; Saverio Cinti dal novembre 1990 a tutt'ora.
 Bari: A. Ferrari 1985-86; G. De Benedictis dal 12/4/1986; V. Mitolo dall'8/6/1991 a tutt'ora.
 Bologna: C. M. Caldarera dal 1985 al novembre 1993; S. Grilli dal 10/11/1993 a tutt'ora.
 Brescia: G. Ragnotti 1985-1989; L. Lojacono dal 15 gennaio 1989; G. Nardi dal 1° febbraio 1990 al novembre 94; L. Caimi dal 6/12/94 a tutt'ora.
 Cagliari: A. Balestrieri 1985-86; A. Cherchi dal 15/11/1986; dal 1° novembre subentrerà R. Mezzanotte.
 Catania: I. Panella 1985-1992; A. Castro dall'11/11/92 a tutt'ora.
 Catanzaro: V. Bocchini 1985-87; S. Venuta dal 4/4/1987 a tutt'ora.
 Chieti: A. Capelli 1985-1987; D. Gambi dal 22/11/1987 a tutt'ora.
 Ferrara: A. Migliore 1985-1987; C. Fersini dal 4/4/1987; G. Rausa dall'8/6/1991 al nov. 93; L. Cavazzini dal 10/12/93 a tutt'ora.
 Firenze: L. F. Signorini 1985-1993; G. F. Gensini dal 10/11/

93 a tutt'ora.

Genova: S. Pontremoli 1985-1990; W. Loeb dal 15/12/1990 al nov. 93; R. Celesti dal 10/12/93 a tutt'ora.

L'Aquila: P. Campa 1985-1988; E. Ziparo dal 15/11/1988; M. Toscano dal 18/11/1988 al nov. 94; A. Santucci dal 6/12/94 a tutt'ora.

Messina: Salvatore Navarra dal 1985 a tutt'ora.

Milano: L. Allegra 1985-1991; A. Pagano dal 9/3/1991 al novembre 93; G. Coggi dal 10/12/93 a tutt'ora.

Modena: B. Bonati 1985-1987; F. Manenti dal 9/1/1987; N. Carulli dall'11 dic. 92 al sett. 94; S. Calandra Buonauro dal 15/9/94 a tutt'ora.

Napoli II Ateneo: C. Giordano 1985-1988; D. Mancino dal 2/3/1988; C. Balestrieri dal 9.3.1991 a tutt'ora.

Napoli Univ. Federico II: F. Rinaldi dal 1985 al nov. 93; V. E. Andreucci dal 10/11/93 a tutt'ora.

Napoli-Caserta: dal 1° novembre 1995 C. Del Vecchio Bianco.

Padova: A. Peracchia 1985-1986; C. Scandellari dal 12/4/1986 al nov. 94; P. Benciolini dal 6/12/94 a tutt'ora.

Palermo: A. Salerno 1985-1987; P. Livoti dal 22/11/1987; G. Bompiani dal 13/12/1991 al febbraio 95; G. Zummo dal 24/3/95 a tutt'ora.

Parma: A. Novarini 1985-1990; A. Casti dall'1/2/1990 a tutt'ora.

Pavia: G. Bo 1985-1990; L. Tiepolo dall'1/2/1990; dal 1° novembre subentrerà P. Bernasconi.

Perugia: E. Rinonapoli 1985/1986; F. Grignani dal 15/11/1986; A. Ventura dal 1/2/1990 al nov. 93; L. Binaglia dal 10/12/93 a tutt'ora.

Pisa: C. Pellegrino 1985-1986; F. Squartini dal 15/11/1986; A. Pinchera dal 4/4/1987; dal 1° novembre subentrerà L. Murri.

Roma La Sapienza: L. Frati dal 1985; dal 1° novembre subentreranno M. Negri (1° Corso di Laurea), V. Martinelli (2° Corso di Laurea); R. Filippo (3° Corso di Laurea).

Roma La Cattolica: A. Manni 1985-1990; A. Capelli dal 7/4/1990 a tutt'ora.

Roma Tor Vergata: G. Bernardi 1985-1988; A. Finazzi Agrò 1988-1991; G. Rocchi dal 13/12/1991 a tutt'ora.

Sassari: E. Miele 1985-1989; A. Maida dal 15/1/1989; G. Realdi dal 19/6/92 a tutt'ora.

Siena: Corradino Fruschelli 1985-1992; R. Bracci dall'11/12/92 a tutt'ora.

Torino: S. Curtoni 1985-1992; D. Cantino dall'11/12/92 al nov. 93; G. Gaidano dal 10/12/93; dal 1° novembre subentrerà G. Piccoli.

Trieste: L. Baldin 1985-1986; A. Bosatra dal 22/9/1986; F. Bratina dal 2/3/1988; F. Marotti dal 9/3/1991 a tutt'ora.

Udine: V. Ambesi Impiombato 1987-1990; E. Di Prampero dall'1/2/1990 al sett. 94; F. Bresadola dal 15/9/94 a tutt'ora.

Varese: G. M. Frigo dal 13/12/1991 al 1993; R. Dionigi dal 10/12/93 a tutt'ora.

Verona: M. Marigo 1985-1986; L. A. Scuro dal 22/9/1986; L. Fiore Donati dal 7/4/1990; L. Vettore dal 13/12/1991 a tutt'ora.

Il primo Presidente della Conferenza è stato Claudio Marcello Caldarera, dall'11 ottobre 1985 al 22 novembre 1987; nell'elezione di quel giorno venne eletto all'unanimità Presidente della Conferenza Luigi Frati, che terminerà il proprio mandato il 30 di questo mese.

Segretario della Conferenza, sin dalla sua formazione, è lo scrivente mentre alla Vice-Presidenza si sono succeduti: Luigi Frati, dall'11 ottobre 1985 al 22 novembre 1987; Ludovico Antonio Scuro, dal 22 novembre 1987 all'aprile 1990; Italo Panella, dal 7 aprile 1990 al 12 novembre 1992; Aldo Pinchera, dal 2 novembre 1987 e Salvatore Navarra, dal 12 dicembre 1992 a tutt'ora.

Tre Presidenti non sono più con noi: Ludovico Antonio Scuro, Presidente a Verona, perduto nel 1990; Giuseppe De Benedictis, Presidente a Bari, scomparso il 22 marzo 1991 e Corradino Fruschelli, Presidente a Siena, uno dei fondatori della Conferenza, scomparso nell'estate del 1992. Non sono stati dimenticati.

Dal 14 luglio 1990 i Past President sono membri effettivi della Conferenza e partecipano attivamente ai lavori della stessa.

La Conferenza si è articolata in diversi Gruppi di Lavoro; ogni gruppo ha operato su un tema definito, seguendo uno schema operativo che è risultato efficace: scelta del tema, definizione degli obiettivi, sviluppo del tema, elaborazione di un documento, discussione collegiale e revisione, pubblicazione e distribuzione del documento.

Nel corso di sei anni si sono costituiti 30 Gruppi di Lavoro (Tab. 1) che hanno condotto numerose ricerche e prodotto documenti pubblicati sulla rivista della Conferenza "75012 Medicina e Chirurgia".

La rivista, istituita nel 1989, ha periodicità semestrale, viene stampata in cinquemila copie e distribuita a tutti i Docenti del Corso di Laurea; ha rappresentato in questi anni uno strumento di lavoro indispensabile per il coordinamento didattico e l'omogeneità dei comportamenti nelle diverse sedi.

Sono state tenute, in questi anni, quarantaquattro riunioni della Conferenza, di cui due nel 1985, tre nel 1986, quattro nel 1987, nel 1988 e nel 1989, sei nel 1990, quattro nel 1991, tre nel 1992 e tre nel 1995 (tab. 2).

In dodici occasioni, dal 1986 a oggi, la Conferenza dei Presidenti ha svolto riunioni congiunte con la Conferenza Permanente dei Presidi della Facoltà di Medicina (tab. 3)

Tab. 1 - Gruppi di lavoro della Conferenza.

Gruppo 1 - Regolamento del Collegio.

Gruppo 2 - Regolamento dei CCL. Luigi Frati, Giovanni Bo.

Gruppo 3 - CAI ed audiovisivi. Luigi Allegra, Claudio Marcello Calderera, Sergio Curtoni (coordinatore), Corradino Fruschelli, Domenico Mancino, Franco Rinaldi, Antonio Ludovico Scuro.

Gruppo 4 - Tesi e valutazione esame di laurea.

Gruppo 5 - Didattica integrativa. Fausto Grignani, Salvatore Navarra.

Gruppo 6 - Obiettivi della didattica teorico-pratica.

Gruppo 7 - Quantificazione della domanda didattica. Claudio Marcello Calderera, Luigi Frati.

Gruppo 8 - Programma di Riferimento Nazionale (per la didattica formale). Sergio Curtoni, Luigi Frati, Alessandro Finazzi Agrò, Ludovico Antonio Scuro (coordinatore), Fausto Grignani, Cesare Scandellari; dal 13/12/1991. Cesare Scandellari (coordinatore), Francesco Marotti.

Gruppo 9 - Interventi della CPP nell'insegnamento post-laurea. Aldo Pinchera (coordinatore), Almerico Novarini, Fausto Grignani.

Gruppo 10 - Didattica formale e teorico-pratica: verifiche. Corradino Fruschelli, Carmelo Fersini, L. Federico Signorini (coordinatore), Almerico Novarini, Fausto Grignani.

Gruppo 11 - Propedeuticità e sbarramenti. Domenico Mancino (coordinatore), Giuseppe De Benedictis, Pietro Livoti, Franco Rinaldi.

Gruppo 12 - Programma di Riferimento Nazionale (per la didattica teorico-pratica). Luigi Allegra, Giuseppe De Benedictis, Alessandro Finazzi Agrò, Federico Manenti (coordinatore), Almerico Novarini, Franco Rinaldi, L. Federico Signorini; dal 20/3/1992. Federico Manenti (coordinatore), Giovanni Danieli, Franco Rinaldi, Cesare Scandellari, Federico Signorini, Luciano Vettore.

Gruppo 13 - Commissione per le risorse. Giuseppe De Benedictis (coordinatore), Carmelo Fersini, Alessandro Finazzi Agrò.

Gruppo 14 - Insegnamento tutoriale. Pietro Livoti, Federico Manenti; dal 13/12/1991. Arnaldo Capelli (coordinatore), Pietro Livoti, Domenico Mancino, Francesco Marotti.

Gruppo 15 - I trasferimenti. Domenico Mancino.

Gruppo 16 - Scuole dirette a fini speciali. Angelo Cherchi.

Gruppo 17 - Prova di selezione per l'accesso al corso di laurea. Sergio Curtoni (coordinatore), Cesare Scandellari, Luciano Vettore, con la collaborazione di D. Cittadini (Napoli), P. Pacini (Firenze).

Gruppo 18 - Commissione per il Regolamento didattico. Giovanni Danieli (coordinatore), Sergio Curtoni, Carmelo Fersini, Domenico Mancino.

Gruppo 19 - Commissione per la compilazione di un libretto-diario. Domenico Mancino.

Gruppo 20 - Commissione per i rapporti CCL-Dipartimento. Claudio Marcello Calderera (coordinatore), Luciano Fiore Donati.

Gruppo 21 - Insegnamento della Medicina interna e della Chirurgia generale. Bruno Bonati (coordinatore), Angelo Balestrieri, Giovanni Danieli, Carmelo Fersini, Carmelo Giordano, Fausto Grignani, Almerico Novarini, Cesare Scandellari, Alessandro Ventura, Salvatore Navarra, Pietro Livoti.

Gruppo 22 - Rapporti CCL/Scuole di Specializzazione. Aldo Pinchera.

Gruppo 23 - Risultati dell'applicazione della Tabella 18 al termine del primo triennio e proposte di modifica: un osservatorio permanente. Sergio Curtoni (coordinatore), Ciro Balestrieri, Saverio Cinti, con la partecipazione di Amos Casti.

Gruppo 24 - Corsi monografici: idee e proposte. Arnaldo Capelli.

Gruppo 25 - Modelli di orario didattico. Corradino Fruschelli (Coordinatore), Ciro Balestrieri, Carmelo Fersini.

Gruppo 26 - Tirocinio post-laurea. Giandomenico Bompiani, Corradino Fruschelli (coordinatore), Aldo Pinchera, Michele Toscano.

Gruppo 27 - Didattica tutoriale. Corradino Fruschelli, Antonio Pagano, Giuseppe Rausa, Franco Rinaldi (coordinatore), Luciano Vettore.

Gruppo 28 - Ostacoli che si frappongono alla integrale applicazione della Tabella 18 e proposte per superarli. Claudio Marcello Calderera (coordinatore), Amos Casti, Francesco Marotti, Vincenzo Mitolo, Giuseppe Realdi.

Gruppo 29 - Commissione mista Presidi-Presidenti per la nuova tabella 18. Fabrizio Bresadola, Paolo Carinci (coordinatore), Almerico Novarini, Gaetano Salvatore, Pietro Tosi, Presidi; Luigi Frati, Giovanni Danieli, Aldo Pinchera, Giuseppe Realdi, Luciano Vettore, Presidenti; con la successiva partecipazione di Saverio Cinti, Guido Coggi, Sergio Curtoni, Cesare Scandellari.

Gruppo 30 - Commissione per la Guida alla nuova Tabella 18. Guido Coggi (coordinatore), Sergio Curtoni, Giovanni Danieli, Gian Franco Gensini, Giuseppe Realdi, Cesare Scandellari, Luciano Vettore.

Tab. 2 - *Incontri della Conferenza Permanente.*

1985

1. 11 ottobre: Portonovo di Ancona, Hotel Emilia, Claudio M. Caldarera e Giovanni Danieli
2. 15 novembre: Roma, Ist. Patologia Generale, Claudio M. Caldarera e Giovanni Danieli.

1986

3. 12 aprile: Bologna, Ist. Chimica Biologica, Claudio M. Caldarera.
4. 10 luglio: Selva di Fasano, Ottavio Albano e Giuseppe De Benedictis.
5. 15 novembre: Modena, I Clinica Medica, Bruno Bonati.

1987

6. 9-10 gennaio: Siena, Certosa di Pontignano, Corradino Fruschelli.
7. 4 aprile: Roma, Sala del Consiglio, Università Cattolica, Ermanno Manni.
8. 11 luglio: Bologna, Ist. Chimica Biologica, Claudio M. Caldarera.
9. 22 novembre: Pisa, Hotel Cavalieri, Aldo Pinchera.

1988

10. 2 marzo: Roma, Ist. Patologia Generale, Luigi Frati.
11. 11 aprile: Milano, Rettorato, Luigi Allegra.
12. 2 luglio: Bari, Rettorato, Giuseppe De Benedictis.
13. 18 novembre: Napoli, Presidenza, I Facoltà di Medicina, Domenico Mancino.

1989

14. 15 gennaio: Roma, Ist. Patologia Generale, Luigi Frati.
15. 12 marzo: Parma, Policlinico, Almerico Novarini.
16. 26-27 maggio: Verona, Rettorato, Ludovico Antonio Scuro.
17. 6-7 ottobre: Palermo, Rettorato, Alfredo Salerno e Pietro Li Voti.

1990

18. 1 febbraio: Bari, Hotel Palace, Giuseppe De Benedictis e Ottavio Albano.
19. 7 aprile: Travedona Monate (Va), Hotel Villa La Motta, Gian Mario Frigo e Luciano Tiepolo.
20. 29 aprile: Cagliari, Hotel Mediterraneo, Angelo Cherchi.
21. 13-14 luglio: Ferrara, Hotel Astra, Carmelo Fersini.

22. 20 ottobre: Udine, Sede Centrale Università, Pietro Enrico di Prampero.

23. 15 ottobre: Modena, Rettorato, Federico Manenti.

1991

24. 9 marzo: Padova, Rettorato, Cesare Scandellari.
25. 8 giugno: Catania, Ist. I Clinica Chirurgica, Italo Panella.
26. 27 settembre: Trieste, Hotel Riviera, Fulvio Bratina e Francesco Marotti.
27. 13-14 dicembre: Torino, Rettorato, Sergio Curtoni.

1992

28. 21 marzo: Roma, Presidenza Fac. di Med., Univeristà di Roma Tor Vergata, Giovanni Rocchi.
29. 19 giugno: Chieti, Sede Scuole di Specializzazione, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Domenico Gambi.
30. 11-12 dicembre, Genova Nervi, Hotel Astor, Carlo Loeb.

1993

32. 6 maggio: Roma, Dip. Med. Sperim. Univ. La Sapienza, Luigi Frati.
33. 2 luglio: Brescia, Park Hotel Cà Noa, Giuseppe Nardi.
34. 22 ottobre: Milano, Sala del Consiglio di Amministrazione dell'Università, Antonio Pagano.
35. 10 novembre: Roma, Dip. Med. Sper. Univ. La Sapienza, Luigi Frati.
36. 10 dicembre: Siena, Sala Congressi del Jolly Hotel Excelsior, Rodolfo Bracci.

1994

37. 11 luglio: Roma, Dip. Med. Sper. Univ. La Sapienza, Luigi Frati.
38. 15 settembre: Roma, Dip. Med. Sper. Univ. La Sapienza, Luigi Frati.
39. 6 dicembre: Roma, Dip. Med. Sper. Univ. La Sapienza, Luigi Frati.

1995

40. 24 marzo: Roma, Sala del Consiglio Superiore di Sanità - EUR, Luigi Frati.
41. 21 giugno: Roma, Sala del Consiglio Superiore di Sanità - EUR, Luigi Frati.
42. 11 ottobre: Portonovo di Ancona, Hotel La Fonte Excelsior, Giovanni Danieli.
43. 14 novembre: Roma, Dip. Med. Sper., Università La Sapienza, Luigi Frati.
44. 14 novembre: Roma, Dip. Med. Sper., Università La Sapienza, Salvatore Navarra.

Tab. 3 – Riunioni congiunte delle Conferenze permanenti dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea.

1986

1. 2-3 giugno: S. Miniato al Tedesco (Pisa), Ugo Teodori, e Paolo Carinci; Claudio M. Calderera e Giovanni Danieli.
2. 2 settembre: Milano, Antonio Scala e Luigi Allegra.

1988

3. 6-7 maggio: Pontecchio (Bologna), Giampaolo Salvioli e Claudio M. Calderera.
4. 2-3 settembre: Jesi (An), Hotel Federico II, Guido Bossi e Giovanni Danieli.
5. 18 novembre: Napoli, II Facoltà, Gaetano Salvatore e Gennaro Della Pietra; Domenico Mancino e Franco Rinaldi.

1989

6. 14-15 luglio: Gubbio, Hotel Bosone Palace, Francesco Bistoni e Fausto Grignani.

1990

7. 29-30 aprile: Cagliari, Angelo Balestrieri e Angelo Cherchi.
8. 19 ottobre: Udine, Sede Centrale Università, Pietro E. Di Prampero.

1991

9. 27 settembre: Trieste, Hotel Riviera, Fulvio Bratina e Francesco Marotti.

1992

10. 20 marzo: Napoli, II Facoltà di Med., Gaetano Salvatore e Franco Rinaldi.
11. 2 ottobre: Roma, 1° Ist. di Clinica Medica Univ. "La Sapienza", Luigi Frati e Giovanni Danieli.

1993

12. 11 dicembre: Siena, Sala Congressi del Jolly Hotel Excelsior, Piero Tosi e Rodolfo Bracci.

In sintesi il gruppo dei Presidenti ha interpretato, illustrato e coordinato l'applicazione del nuovo Ordinamento didattico nei primi sette anni della sua esistenza; successivamente si è dedicato alla valutazione dei risultati ottenuti e, soprattutto, alla preparazione di una nuova proposta tabellare; questa, integrata dai lavori di una Commissione ministeriale, è ora in attesa di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale, ma già da questo momento sono all'opera i Presidenti (Gruppo di lavoro n. 30) per guidare i Corsi di Laurea nell'applicazione del nuovo Ordinamento modificato.

È terminato il primo decennio di attività, si apre il secondo, avremo un Presidente onorario, un nuovo Presidente ed una nuova Conferenza, ma certamente immutati rimarranno la competenza, l'entusiasmo, la solidarietà, l'impegno e l'amicizia che hanno, sin dalla sua fondazione, caratterizzato l'azione di questo Collegio.

Giovanni Danieli

Portonovo di Ancona, 11 ottobre 1995

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

Presidente onorario Prof. Luigi Frati

Presidente Prof. Luciano Vettore

Vicepresidenti Prof. Saverio Cinti, Prof. Salvatore Navarra

Segretario Prof. Giovanni Danieli

Presidenti

Ancona

Prof. Saverio Cinti

Bari

Prof. Vincenzo Mitolo

Bologna

Prof. Sandro Grilli

Brescia

Prof. Luigi Caimi

Cagliari

Prof. Roberto Mezzanotte

Catania

Prof. Angelo Castro

Catanzaro

Prof. Salvatore Venuta

(Preside di Facoltà)

Chieti

Prof. Domenico Gambi

Ferrara

Prof. Luigi Cavazzini

Firenze

Prof. Gian Franco Gensini

Genova

Prof. Renzo Celesti

L'Aquila

Prof. Anna Santucci

Messina

Prof. Salvatore Navarra

Milano

Prof. Guido Coggi

Modena

Prof. Sebastiano Calandra Buonauro

Napoli

Prof. Ciro Balestrieri (2° Fac.)

Prof. Vittorio E. Andreucci

(Ateneo Federico II)

Prof. Camillo Del Vecchio Blanco

(Napoli Caserta)

Novara

Prof. Ilario Viano

(Preside di Facoltà)

Padova

Prof. Paolo Benciolini

Palermo

Prof. Giovanni Zummo

Parma

Prof. Amos Casti

Pavia

Prof. Carlo Bernasconi

Perugia

Prof. Luciano Binaglia

Pisa

Prof. Luigi Murri

Roma

Prof. Roberto Filipo,

Prof. Vincenzo Martinelli,

Prof. Marcello Negri (La Sapienza)

Prof. Giovanni Rocchi (Tor Vergata)

Prof. Arnaldo Capelli (Univ. Cattolica)

Sassari

Prof. Giuseppe Realdi

Siena

Prof. Rodolfo Bracci

Torino

Prof. Giuseppe Piccoli

Trieste

Prof. Francesco Marotti

Udine

Prof. Fabrizio Bresadola

(Preside di Facoltà)

Varese

Prof. Renzo Dionigi

(Preside di Facoltà)

Verona

Prof. Luciano Vettore

Past President

Giovanni Danieli (Ancona), A Ferrari, G. De Benedictis (Bari), Claudio Marcello Calderera (Bologna), Giovanni Ragnotti, Leonardo Loiacono, Giuseppe Nardi (Brescia), Angelo Balestrieri, Angelo Cherchi (Cagliari), Italo Panella (Catania), V. Bocchini (Catanzaro), Arnaldo Capelli (Chieti), Arrigo Migliore, Carmelo Fersini, Giuseppe Rausa (Ferrara), Lorenzo Federico Signorini (Firenze), Sandro Pontremoli, Carlo Walter Loeb (Genova), Pietro Campa, Elio Ziparo, Michele Toscano (L'Aquila), Luigi Allegra, Antonio Pagano (Milano), Bruno Bonati, Federico Manenti, Nicola Carulli (Modena), Carmelo Giordano, Domenico Mancino (Napoli II Ateneo), Franco Rinaldi (Napoli, Ateneo Federico II), A. Peracchia, Cesare Scandellari (Padova), Pietro Li Voti, Alfredo Salerno, Giandomenico Bompiani (Palermo), Almerico Novarini (Parma), Giovanni Bo, Luciano Tiepolo (Pavia), Emanuele Rinonapoli, Fausto Grignani, Alessandro Ventura (Perugia), C. Pellegrino, Francesco Squartini, Aldo Pinchera (Pisa), Luigi Frati (Roma, La Sapienza), Giorgio Bernardi, Alessandro Finazzi Agrò, (Roma, Tor Vergata), Ermanno Manni (Roma Cattolica), Egidio Miele, Alessandro Maida (Sassari), Corradino Fruschelli (Siena), Sergio Curtoni, Dario Cantino, Gian Piero Gaidano (Torino), L. Baldin, Andrea Bosatra, Fulvio Bratina (Trieste), Saverio Ambesi Impiombato, Pietro Enrico Di Prampero (Udine), Gian Mario Frigo (Varese), Mario Marigo, Ludovico A. Scuro, Luciano Fiore Donati (Verona).

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

Direttore editoriale, Luigi Frati
Comitato editoriale, Guido Coggi,
Gianfranco Gensini, Aldo Pinchera,
Giuseppe Realdi

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

Amministrazione e stampa, Società editrice
Il Lavoro Editoriale, Via Piave 32,
60124 Ancona, tel. 071/52735,
telefax 071/52610
Corrispondenza casella postale 118, Ancona

Direttore responsabile, Giovanni Danieli