



MEDICINA E CHIRURGIA

Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

MEDICINA E CHIRURGIA

Quaderni delle Conferenze Permanenti
delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

Direttore Editoriale, Luigi Frati

Comitato Editoriale

Marco Ferrari, Eugenio Gaudio, Andrea Lenzi, Luisa Saiani

Comitato di Redazione

Amos Casti, Alvisa Palese, Antonella Polimeni

Segretaria di Redazione, Stefania Basili

Direttore Responsabile, Giovanni Danieli

e-mail: g.danieli@univpm.it

Tel. 338 6533761 - Telefax 071 205955

www.med.univpm.it/MedicinaEChirurgia/

Amministrazione e stampa, Errebi Grafiche Ripesi Falconara

Sommario

- 2227 Presentazione, *Luigi Frati, Andrea Lenzi, Giovanni Danieli*
- EDITORIALE
- 2228 La formazione alle cure palliative, *Gianluigi Cetto*
- CONFERENZA PERMANENTE DEI PRESIDENTI DEI CLM IN MEDICINA E CHIRURGIA
- 2232 Un'esperienza didattica di promozione della salute per le matricole dei Corsi di Laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia, *Francesco Donato et Al.*
- 2237 Elaborazione dei dati relativi al nuovo Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi del Molise. I risultati del *Progress Test*, *Laura Recchia, Bruno Moncharmont*
- NOTIZIARIO
- 2243 Notizie dal Consiglio Universitario Nazionale, *Fabio Naro*
- 2244 Notizie dalla Conferenza Permanente dei Presidenti di CCLM in Medicina e Chirurgia, *Amos Casti*
- 2244 Notizie dalla Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie, *Alvisa Palese*
- DOSSIER
- 2247 Distribuzione dei CFU nei diversi SSD. Confronto tra il DM 509/1999 e il DM 270/2004, *Amos Casti*
- ETICA CLINICA
- 2255 Il consenso informato. Fonti normative e contenuto dell'informazione, *Natale Callipari*
- IRNERIO LUMEN IURIS
- 2258 I requisiti minimi, *Paolo De Angelis*
- INNOVAZIONE PEDAGOGICA
- 2261 Valutazione "formativa". Nuovi attrezzi per la nostra cassetta, *Luciano Vettore et Al.*
- 2267 I CENTO INCONTRI DELLA CONFERENZA, *Andrea Lenzi, Amos Casti, Giovanni Danieli*



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

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

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

Presentazione

Luigi Frati, Andrea Lenzi, Giovanni Danieli

La formazione alle cure palliative è un'esigenza non solo didattica ma anche assistenziale: didattica perché colma una lacuna ancora oggi rilevante di conoscenze e di esperienze, assistenziale perché è in forte aumento in tutti i paesi il numero delle strutture ospedaliere destinate a questa funzione e la conseguente necessità di personale sanitario preparato e motivato. Ne parla Gianluigi Cetto nell'editoriale.

Francesco Donato ed il Gruppo bresciano costituito *ad hoc* presentano un'esperienza, che è nello stesso tempo un progetto, di un'attività didattica dedicata ai *Percorsi della salute*, una forma di dialogo con gli Studenti ai fini di promuovere in essi una piena consapevolezza delle conseguenze che possono derivare alla salute da stili di vita incongrui nei campi, ad esempio, dell'attività sessuale e dell'uso/abuso di alcol, fumo di tabacco ed altre sostanze; il corso, arricchito anche da una valutazione dell'apprendimento dei Discenti attraverso un interessante questionario pre- e post-corso, ha ovviamente finalità formative ma anche educative: la conoscenza dell'errore può evitare di incorrervi o di ricadervi.

Diamo il benvenuto al *CLM in Medicina e Chirurgia del Molise*, ospitando un primo contributo di Laura Recchia e di Bruno Moncharmont dedicato alla presentazione del corso di laurea, alla descrizione delle sue caratteristiche essenziali ed al programma di valutazione che questa facoltà si è dato sin dal debutto, utilizzando una serie di strumenti idonei ad assicurare il marchio di qualità alle sue attività.

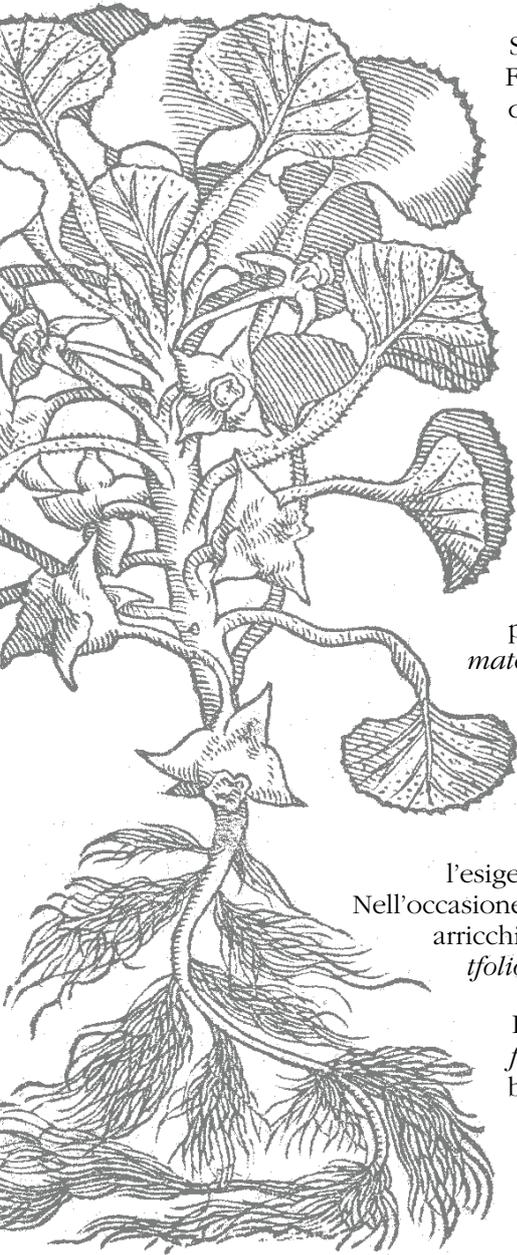
Seguono le *Notizie dal CUN e dalle Conferenze permanenti* a cura di Fabio Naro, Amos Casti e Alvisa Palese, che offrono la conoscenza di quanto è in atto, di progetti e di realizzazioni; riteniamo si debba molto insistere sulla completezza della rubrica e sul coinvolgimento di tutte le conferenze esistenti nel rispetto della visibilità che ogni istituzione accademica deve avere.

Il Dossier di questo numero riporta i dati di una preziosa quanto laboriosa inchiesta condotta da Amos Casti tra tutti i presidenti dei CLM in Medicina e Chirurgia, intesa ad analizzare il cambiamento intervenuto nei *Piani di studio* dei nostri CLM in seguito al passaggio, in tutte le sedi, dalle direttive del DM 509/1999 a quelle del DM 270/04. La lettura di questi dati dimostra come sia migliorata la distribuzione dei CFU in base all'esperienza vissuta e all'adesione alle indicazioni contenute nell'ultima legge di riforma.

Aspetti giuridici e amministrativi sono invece trattati in due contributi di ospiti ormai abituali di queste pagine, l'avvocato romano Natale Callipari, esperto di legislazione sanitaria, e il dottor Paolo De Angelis; il primo contiene tutti i riferimenti normativi concernenti il *Consenso informato* e la loro corretta interpretazione ed applicazione, il secondo affronta invece la tematica dei *Requisiti minimi*, alla luce del DM 22 settembre 2010: è uno scritto di grande attualità che riporta il pensiero dell'Autore su possibili soluzioni ai problemi esistenti.

Pietro Gallo continua, con la collaborazione di Luciano Vettore, la serie di *Atelier pedagogici* finalizzati a formare i formatori e a diffondere l'esigenza di una metodologia pedagogica avanzata nei nostri corsi di laurea. Nell'occasione la cassetta degli attrezzi di cui ogni docente dovrebbe essere fornito, si arricchisce di nuovi strumenti di valutazione che includono *Progress test*, *Portfolio*, *Feedback* e *Learning contract*.

Il fascicolo si chiude con la ricostruzione dei *Cento incontri della Conferenza permanente dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia*, una breve storia raccontata dal Presidente, dai due Segretari che si sono succeduti in questi ventisei anni di attività, e da alcuni prestigiosi protagonisti dell'impresa, che hanno fatto di questa Conferenza un laboratorio culturale e didattico permanente al servizio delle Facoltà per il loro rinnovamento e sviluppo.



La formazione alle cure palliative

Gianluigi Cetto (Verona)

Il rapido sviluppo delle cure palliative in Italia, soprattutto a seguito della legge 39 del 1999 che per prima ha stanziato finanziamenti per la attivazione degli hospice, ha evidenziato in maniera critica il problema della formazione alle cure palliative: si è infatti creato un enorme divario tra sviluppo assistenziale e quindi richiesta di personale qualificato e, d'altra parte, scarsità dell'offerta formativa a livello universitario.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito (2002) le cure palliative come "un approccio che migliora la qualità della vita dei pazienti e delle famiglie che si confrontano con i problemi associati a malattie ad esito infausto, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza per mezzo dell'identificazione precoce, dell'impeccabile valutazione e del trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psico-sociali e spirituali. Le cure palliative:

- danno sollievo al dolore e agli altri sintomi che provocano sofferenza;
- sostengono la vita e guardano al morire come a un processo naturale;
- non intendono né affrettare né posporre la morte;
- integrano aspetti psicologici e spirituali nell'assistenza al paziente;
- offrono un sistema di supporto per aiutare il paziente a vivere quanto più attivamente possibile fino alla morte;
- offrono un sistema di supporto per aiutare la famiglia a far fronte alla malattia del paziente e al lutto;
- utilizzano un approccio di équipe per rispondere ai bisogni del paziente e della famiglia, incluso, se indicato, il counselling per il lutto;
- migliorano la qualità della vita e possono anche influenzare positivamente il decorso della malattia;
- sono applicabili precocemente nel corso della malattia insieme con altre terapie che hanno lo scopo di prolungare la vita, come la chemioterapia e la radioterapia, e comprendono le indagini necessarie per una miglior comprensione e un miglior trattamento delle complicazioni cliniche che causano sofferenza".

Lo sviluppo delle cure palliative

Le cure palliative in Italia hanno avuto uno sviluppo, dapprima volontaristico, negli anni '60, con l'attivazione di

iniziative di assistenza domiciliare volontaria, e un successivo sviluppo assistenziale e culturale, all'inizio degli anni '80, con l'attivazione dei primi hospice (a Milano e a Brescia), della Fondazione Floriani, della Società Italiana di Cure Palliative (SICP) e della Scuola Italiana di Medicina Palliativa (SIMPA).

I provvedimenti legislativi, alla fine degli anni '90 e all'inizio del 2000, in particolare la legge 39/1999, hanno favorito un progressivo sviluppo strutturale e assistenziale che non è stato accompagnato da un sufficiente sviluppo formativo per lo meno a livello istituzionale. Nel 1999 gli hospice attivi in Italia erano cinque: oggi, a poco più di dieci anni di distanza, sono circa 250 con oltre 2500 posti letto riservati a pazienti in cure palliative, per lo più oncologici in fase avanzata terminale¹. Questi numeri attuali risultano comunque inferiori a quanto indicato dalle regioni come obiettivo di sviluppo da realizzare entro il 2008 (0,40 posti-letto attivi ogni 10.000 residenti), indice già considerato insufficiente, secondo calcoli condivisi anche a livello ministeriale, e previsto di 0,60 posti-letto ogni 10.000 residenti per i bisogni dei soli malati oncologici. È quindi facile prevedere (vedi figura 1) un ulteriore progressivo sviluppo strutturale e assistenziale delle cure palliative.

L'inadeguatezza dei percorsi formativi istituzionali nelle Università italiane rende oggi più problematico lo sviluppo organizzativo della rete assistenziale delle cure palliative: i medici in generale non hanno sufficiente conoscenza del trattamento del dolore e degli altri sintomi in fase terminale e gli stessi palliativisti, come oggi vengono definiti, hanno spesso diversa

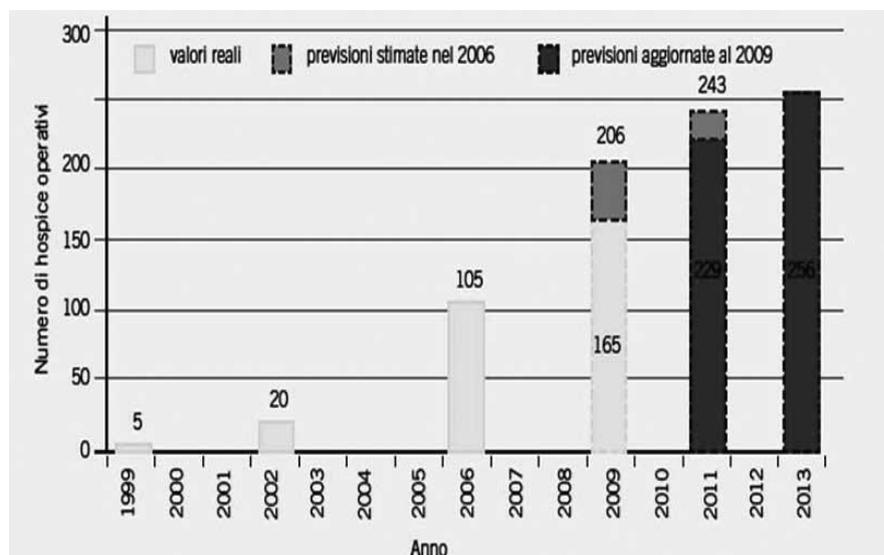


Fig. 1 - Incremento del numero di hospice operativi negli ultimi dieci e anni e previsioni di prossimo sviluppo. (Hospice in Italia – seconda rilevazione ufficiale 2010)

formazione di provenienza, conoscenza a volte incompleta di medicina palliativa, diversa impostazione organizzativa e gestionale, per cui le cure palliative vengono spesso erogate in maniera disomogenea sul territorio nazionale.

L'attuale situazione formativa

Nei corsi di laurea in medicina e chirurgia delle facoltà italiane l'insegnamento delle cure palliative è praticamente assente: un'indagine promossa dal Collegio degli Oncologi Medici Universitari (COMU) ha evidenziato che, nell'anno accademico 2007/2008, solo in un terzo circa dei corsi di laurea le cure palliative venivano proposte in forma di qualche ora ad esse dedicata, o di obiettivi didattici inseriti in corsi integrati di diversa composizione, nel 20% circa in forma di corsi elettivi; solo in due corsi di laurea veniva chiamato un docente esterno, esperto di cure palliative. Complessivamente quindi in poco più della metà dei corsi di laurea (24/45) lo studente aveva la possibilità di conoscere, almeno in termini generali, l'approccio palliativo alle patologie prevalentemente oncologiche.

La situazione sembra comunque un po' migliorata con l'entrata in vigore della legge 39/99: una indagine condotta da G. Biasco a Bologna (Rilevazione "Nomisma Terzo Settore" 2009), relativa ai corsi integrati di oncologia, ha mostrato negli ultimi dieci anni un incremento delle percentuali di ore dedicate alle cure palliative, dal 5% nell'anno accademico 1998/99 al 20% nell'anno accademico 2008/09.

Una recente indagine condotta dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), in collaborazione con la Società Italiana di Cure Palliative (SICP), su un campione di 1489 medici di famiglia ha dimostrato importanti carenze relative in particolare alla definizione e agli obiettivi delle cure palliative, spesso confusi con la terapia del dolore: solo il 25% dei medici di medicina generale conosce la esatta definizione di cure palliative e solo il 10% riconosce i tre gradini della scala OMS per la terapia del dolore².

Anche nelle scuole di specializzazione di area medica l'insegnamento della medicina palliativa è praticamente assente, e in particolare è carente in scuole ad alto impatto di terminalità come la scuola di oncologia: un censimento, promosso qualche anno fa dal Collegio degli Oncologi Medici Universitari (COMU) tra i neo-specialisti in oncologia, ha mostrato che solo il 25% degli intervistati riteneva di aver avuto una adeguata/buona formazione in cure palliative nel corso della specializzazione. È auspicabile che la situazione migliori nei prossimi anni, dal momento che nei nuovi ordinamenti didattici di alcune scuole di specializzazione (Oncologia Medica, Geriatria, Anestesiologia e Rianimazione) sono previsti obiettivi formativi o attività elettive in ambito palliativo; la scuola di specializzazione in oncologia medica prevede inoltre obiettivi didattici specifici e attività professionalizzanti obbligatorie in cure palliative³.

Il problema formativo non è solo italiano: diversi

studi hanno dimostrato anche in altri paesi importanti lacune nella formazione medica in ambito palliativo e nella terapia del dolore. Una indagine condotta tra 592 medici europei ha evidenziato che la maggior parte dei medici del Regno Unito e solo il 25-53% dei medici di altre nazioni europee (Germania, Francia, Danimarca, Svizzera, Austria) dichiaravano di aver avuto formazione in cure palliative nel corso degli studi⁴. Una intervista ai medici spagnoli (6.783 medici di base) ha messo in chiara evidenza la urgente necessità di formazione in questo settore: quasi tutti i medici (94%) riconoscevano di non aver avuto una formazione adeguata per assistere correttamente i malati nelle fasi terminali. Solo il 40.7% aveva ricevuto qualche corso post-laurea riferito alle cure palliative: la quasi totalità dei medici (96%) sottolineava la necessità di inserire un corso di medicina palliativa nei programmi universitari dei corsi di laurea.

A livello specialistico, secondo una indagine condotta dalla *European Society of Medical Oncology (ESMO)*, solo poco più della metà degli oncologi europei intervistati (52%) dichiarava di aver avuto una buona preparazione in medicina palliativa e solo poco più di un terzo (37,5%) riteneva che gli oncologi avessero competenza nel trattamento palliativo delle neoplasie avanzate⁵.

Una indagine tra i medici spagnoli ha dimostrato che quasi la metà dei medici di comunità si considerava insufficientemente preparato ad assistere malati in fase terminale. Uno studio della *American Medical Association (AMA)* ha segnalato che solo il 26% dei programmi di formazione post-laurea offriva insegnamenti sui trattamenti palliativi in fase terminale. La stessa *American Society of Clinical Oncology (ASCO)*, la voce più autorevole in ambito oncologico, sottolineava in un articolo speciale su *Journal of Clinical Oncology* (1998) la scarsa preparazione degli oncologi nel trattamento della fase finale della vita e attivava quindi successivamente programmi educazionali e varie iniziative di cure palliative in ambito oncologico.

Negli ultimi 10-15 anni la situazione è notevolmente cambiata: in molte nazioni, anche europee (Regno Unito, Irlanda, Francia, Germania, Polonia, Romania e Slovacchia), sono stati attivati percorsi formativi sia a livello pre-laurea che post-laurea.

La situazione attuale in Italia è caratterizzata da una elevata richiesta formativa di figure professionali e da una scarsa e disomogenea offerta formativa in forma di master, universitari e non-universitari, e di corsi organizzati da enti (associazioni/fondazioni non universitarie); i pochi esistenti forniscono diplomi non abilitanti e sono lasciati alla libera iniziativa di chi li propone e li organizza, senza quindi percorsi omogenei con programmi ben definiti e senza possibilità di integrazione o continuità tra i corsi stessi.

In termini più generali, risulta molto carente anche la conoscenza e la consapevolezza nella popolazione generale delle problematiche legate al fine vita: la formazione è sempre legata alla cultura, e la cultura

del fine vita è oggi in Italia molto carente. Una recente indagine di *Economist (Economist Intelligence Unit)* sulla qualità della morte, condotta valutando una serie di parametri qualitativi e quantitativi in 40 paesi, colloca l'Italia al 24° posto con uno *score* piuttosto basso, in particolare per quanto riguarda la qualità del fine-vita e la conoscenza/consapevolezza del problema⁶; l'indagine di *Economist* è stata ripresa in un recente editoriale del *Lancet*, nel quale si denunciavano la grave lentezza di progressi nelle cure palliative e la formazione spesso inadeguata anche nei paesi sviluppati⁷.

Le difficoltà della formazione accademica

Nonostante l'ampio consenso attuale a livello mondiale sulla urgente necessità di formazione in cure palliative, l'università non è stata finora protagonista di tale rinnovamento culturale: la medicina palliativa, termine che dovrebbe definire la disciplina medica delle cure palliative, non ha ancora una sua formalizzazione né un core curriculum definito; il nome universalmente accettato resta quello di cure palliative, termine che si riferisce più genericamente ad una filosofia, ad una modalità, ad un approccio assistenziale (come definito dall'OMS) di cui la medicina palliativa è una parte pur fondamentale.

Perché questa scarsa attenzione da parte della accademia nei confronti della medicina palliativa? Le difficoltà per lo sviluppo di percorsi formativi in ambito universitario sono complesse e multifattoriali, riguardano da un lato le difficoltà a riconoscere e accettare la fase terminale, considerata una sconfitta della medicina, e riflettono probabilmente la negazione sociale della morte. D'altra parte sono legate alla rigidità del sistema universitario, prevalentemente orientato a una medicina curativa e tecnologica e talvolta poco propenso alla didattica integrata, a metodi di insegnamento interattivo e a programmi di insegnamento che comprendano aspetti relazionali, etici, psicologici e di *medical humanities*; sono tutti questi necessari per una moderna didattica medica ma sono irrinunciabili quando si parla di formazione alle cure palliative, nelle quali prevalgono gli aspetti relazionali su quelli cognitivi e gestuali. Questo ha determinato nel corso degli anni una ridotta considerazione per il *corpus* di conoscenze di base della medicina palliativa e una minore attenzione per la ricerca sia biologica e farmacologica che clinica, ed una scarsa attenzione per la formazione specialistica.

Le difficoltà a realizzare un

efficace insegnamento delle cure palliative non è solo un problema italiano; numerose barriere ostacolano lo sviluppo accademico delle cure palliative anche negli Stati Uniti (Tab. 1), sia a livello dei docenti non adeguatamente preparati e motivati, sia a livello di impostazione della formazione medica, sia a livello dello stesso ambiente sanitario e socio-culturale⁸.

Una recente pubblicazione di un gruppo bolognese⁹ ha analizzato in maniera approfondita le cause dello scetticismo dell'accademia nei confronti delle cure palliative, sostenendo l'urgente necessità di uno stretto legame e di investimenti didattici coordinati.

Le nuove prospettive

L'enorme sviluppo strutturale e assistenziale negli ultimi dieci anni in Italia ha richiesto una normativa che regolasse il potenziamento delle reti assistenziali delle cure palliative e della terapia del dolore. La legge 15 marzo 2010 n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore), oltre a definire le reti di cure palliative e di terapia del dolore, garantendo i livelli essenziali di assistenza per i pazienti in fase terminale, prevede all'articolo 8 (Formazione aggiornamento del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore) la attivazione di specifici percorsi formativi, assegnando all'università il compito di *"individuare i criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative ... e per l'istituzione di master in cure palliative e nella terapia del dolore"*.

Sembra indicata una considerazione al riguardo: la legge 38/2010, a distanza di oltre dieci anni dalla

Faculty physicians

- Negative value of end-of-life care as an academic discipline
- Poor end-of-life knowledge and clinical skills
- Lack of incentives for excellent teaching
- Poor financial resources for basic/clinical research in end-of-life care

Medical education

- Lack of opportunities for interdisciplinary education
- Little recognition of the "informal" curriculum⁴⁴
- Little recognition of the importance of personal reflection as an educational domain
- Poor integration of nonhospital care sites into the educational environment
- Lack of rigorous methods for trainee evaluation of end-of-life knowledge and skills

Healthcare environment

- Lack of institutional standards for end-of-life care
 - Public expectation of miracles
 - Over-reliance on technology-based medical care
 - Cumbersome relationships between medical schools and affiliated hospitals
 - No funding mechanism for palliative care
 - Confusion regarding hospice versus palliative care
-

Tab. 1 - Ostacoli esistenti nella medicina accademica verso l'incremento delle cure di fine vita (da Weissman⁸).

prima legge sulle cure palliative (legge 26 febbraio 1999 n.39), è la prima normativa che prevede formazione e aggiornamento a livello accademico sul tema specifico. Vale tuttavia la pena di ricordare che, subito dopo la attivazione dei primi hospice a seguito dei finanziamenti previsti dalla legge 39/1999, prendendo atto della situazione di carenza formativa, era stato istituito un "corso pilota a carattere nazionale, di alta qualificazione teorico-pratica in cure palliative" (D. M. 27 aprile 2001) che non ha mai avuto applicazione, a testimonianza della scarsa attenzione generale per la formazione. E' auspicabile e realistico ritenere che questa seconda legge avrà sicuramente miglior esito.

Secondo le disposizioni della suddetta legge, è stato quindi attivato presso il MIUR un gruppo di lavoro per l'attuazione dell'art. 8 della legge 38/2010 che sta individuando specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e di terapia del dolore. Sono in corso di definizione: master di alta formazione e qualificazione in cure palliative e in terapia del dolore (II° livello), master in cure palliative pediatriche (II° livello), master per le professioni sanitarie (I° livello) e percorsi formativi per i corsi di laurea in medicina e chirurgia e nelle professioni sanitarie.

Si ritiene infatti che sia assolutamente necessario e urgente istituire un profilo professionalizzante per medici che opereranno nelle reti di cure palliative, come indicato dalla legge 38/2010, ma sia altrettanto, se non più, necessario e urgente attivare una formazione di base per tutti gli operatori sanitari, in particolare per i medici. La *European Association for Palliative Care (EAPC)* ha già sviluppato e pubblicato precise raccomandazioni per l'inserimento nei corsi di laurea in medicina di obiettivi specifici in cure palliative, sia in termini di attitudini che di conoscenza e di abilità⁹.

La cultura palliativa e le competenze generali in cure palliative devono essere patrimonio di tutti gli operatori sanitari, pur con diversi livelli di competenza e quindi di formazione: dovranno essere sviluppati programmi elementari per la formazione di base di ogni professione sanitaria, fino all'attivazione di programmi specifici di alto livello che consentano di assistere malati con problemi complessi e di svolgere attività didattica e di ricerca.

L'inserimento dell'insegnamento della medicina palliativa nei corsi di laurea è il presupposto indispensabile per una buona formazione anche nei livelli successivi e per l'ottenimento di un soddisfacente

livello assistenziale.

Le cure palliative inoltre rappresentano, non solo un insieme di conoscenze interdisciplinari, ma anche e soprattutto un modello assistenziale proponibile a tutta la medicina generale e a molta medicina specialistica (rete assistenziale, centralità del paziente, qualità di vita, ruolo della comunicazione, assistenza domiciliare, ecc.). Per tale motivo la formazione alle cure palliative rappresenta, non solo una reale necessità, ma anche una occasione per proporre nuovi modelli organizzativi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Bibliografia

- 1) F. Zucco: Hospice in Italia – Seconda rilevazione ufficiale 2010. Bononia University Press 2010.
- 2) M. Costantini, M. Beccaro, G. Scaccabarozzi, P. Lora Aprile: Medici di Medicina Generale, Medici Palliativisti e Infermieri a Confronto in *Le cure palliative domiciliari in Italia - Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*. Pag.216. 7° Suppl. 2010 Monitor.
- 3) G.L. Cetto, F. De Conno: La formazione professionale: situazione attuale e prospettive in *Libro Italiano di Cure Palliative 2 edizione*. Poletto ed. 2007
- 4) M. Herzler, T. Franze, F. Dietze, K. Asadullah: Dealing with the issue 'care of the dying' in medical education – results of a survey of 592 European physicians. *Medical Education* 2000; 34; 146-147.
- 5) N.I. Cherny, R. Catane : Attitudes of Medical Oncologists Toward Palliative Care for Patients with Advanced and Incurable Cancer. Report on a Survey by the European Society of Medical Oncology Taskforce on Palliative and Supportive Care. *Cancer* 98; 2502-2510, 2003
- 6) Economist Intelligence Unit: The quality of death - Ranking end-of-life care across the world. A report from the Economist Intelligence Unit. Economist Intelligence Unit 2010.
- 7) Lancet Editorial: Painfully slow progress on palliative care. Vol 376 July 24, 2010
- 8) D.E. Weissman: Changing Palliative Care Practice in Academic Medical Centers. In *Issues In Palliative Care Research* (Portenoy R.K. and Bruera E. ed.):309-318. Oxford University Press 2003.
- 9) M. Moroni, D. Bolognesi, P.A. Muciarelli, A.P. Abernethy, G. Biasco: Investment of palliative medicine in bridging the gap with academia: A call to action. *Eur. J.Cancer* 47; 2011; 491-495
- 10) European Association for Palliative Care: Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education – Recommendations of European Association for Palliative Care. Report of EAPC Task Force on Medical Education. EAPC 2007. www.eapcnet.org



Un'esperienza didattica di promozione della salute per le matricole dei Corsi di Laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia

Francesco Donato, Andrea Festa, Deodato Assanelli, Daniela Cocchi, Gianpiero Carosi, Guido Ferretti, Alberto Matteelli, Claudio Orizio, Corrado Paganelli, Emilio Sacchetti, Sandra Sigala, Antonio Vita, Claudia Zani, Roberta Benedetti, Lorenzo Alessio (Brescia)

Introduzione

La promozione della salute è di sempre maggiore attualità anche nel nostro Paese, in linea con il Piano Sanitario Nazionale e il programma "Guadagnare salute" (Ministero della Salute, 2010). Sono ormai ben definiti alcuni comportamenti nocivi alla salute, che per lo più derivano da abitudini e atteggiamenti errati, che nascono in età giovanile e si mantengono poi in età adulta, anche per tutta la vita.

L'Università è un'istituzione di un sicuro prestigio come fonte del sapere scientifico e i giovani che decidono di frequentare un Corso di Laurea (CdL) delle Facoltà mediche sono in genere interessati agli aspetti della tutela della salute, in ragione delle proprie scelte. Benché molti di loro ricevano, nel corso degli studi universitari, un'informazione su diversi aspetti di medicina preventiva e di promozione della salute, esiste una forte disomogeneità nella trattazione di questi argomenti, in ragione di obiettivi e piani didattici dei CdL. Potrebbe essere quindi di interesse, per l'Università, avviare fin da subito un dialogo con i giovani, all'inizio del loro percorso di formazione, per un primo approccio di promozione della salute.

L'obiettivo dell'iniziativa è stato di fornire agli studenti iscritti al 1° anno una conoscenza di base sugli effetti sulla salute di alcuni stili di vita e abitudini giovanili, al fine di spingere i giovani ad apprendere

comportamenti corretti, per essere poi di esempio agli altri.

Materiali e metodi

Struttura del corso

Nell'anno accademico 2009-2010, è stata organizzato un corso opzionale di integrazione alla didattica, dal titolo "I percorsi della salute. Come e perché operare scelte salutari". A tal fine si è costituito un gruppo di lavoro, promosso dal Preside di Facoltà (LA), e comprendente il vice-preside (DC), il responsabile della commissione paritetica studenti-docenti (CP), l'Ordinario di Igiene (FD), responsabile scientifico dell'iniziativa, e i docenti delle Sezioni attinenti ai temi scelti (DA, GC, GF, AM, CO, ES, SS, AV).

Il corso era strutturato in quattro incontri di due ore ciascuno, tenuti da professori e ricercatori della Facoltà, dalle 17.00 alle 19.00, al di fuori del consueto orario di lezione. Ogni incontro era incentrato su di uno specifico tema, ed era trattato da due o tre docenti, con un ampio spazio dedicato alle domande degli studenti e alla discussione. I quattro temi trattati sono stati, nell'ordine: 1) le malattie a trasmissione sessuale; 2) l'alcol e il fumo di tabacco; 3) le sostanze d'abuso e il loro effetto sul cervello; 4) l'attività fisica e sportiva.

In ogni incontro il fenomeno sanitario veniva considerato sotto diversi aspetti: fisiopatologici, epidemiologici, clinici, terapeutici e preventivi. Per gli studenti era prevista la possibilità di partecipare liberamente a uno o più incontri, con l'attribuzione di 0,5 CFU per ciascun incontro e 2 CFU per l'intero programma. Gli incontri si sono tenuti nei mesi di novembre e dicembre 2009.

Popolazione in studio

Sono stati considerati potenziali partecipanti tutti gli studenti iscritti al primo anno di un CdL a ciclo unico o triennale (professioni sanitarie). La maggior parte dei Consigli di CdL ha aderito all'iniziativa, anche se alcuni

Malattia	Questionario pre - corso		Questionario post-corso		P
	MTS	NON MTS	MTS	NON MTS	
HIV	96,0*	4,0	97,2*	2,7	NS
ROSOLIA	1,6	98,4*	3,6	96,4*	NS
HPV	57,0*	43,1	80,8*	19,1	<0,001
EPATITE A	19,6	80,4*	20,0	80,1*	NS
TOXOPLASMOSI	7,6	92,4*	47,0	53,0*	<0,001
EPATITE B	38,2*	61,7	74,1*	25,8	<0,001
CHLAMYDIA	61,3*	38,6	85,6*	14,3	<0,001
MENINGITE	5,5	94,4*	1,2	98,8*	<0,001

* risposta corretta; NS: p>0,05

Tab. 1 - Percentuale di studenti per la classificazione di alcune malattie infettive come malattie a trasmissione sessuale (MTS) o non a trasmissione sessuale (non MTS). Confronto tra pre e post corso.

Domanda	Questionario Pre-corso	Questionario Post - corso	P
Utilizzare bagni pubblici (No):	93,0	96,4	NS
Bacio (No)	88,4	99,2	<0,001
Utilizzare il bicchiere di un malato (No):	82,9	97,2	<0,001
Rapporto sessuale orale (Si):	61,4	83,6	<0,001
Rapporto sessuale vaginale (Si):	98,8	98,8	NS
Rapporto sessuale anale (Si):	89,2	97,2	<0,001
Stringere la mano (No):	98,8	100,0	NS

Tab. 2 - Percentuale di studenti che hanno fornito una risposta corretta alla domanda "Quale dei seguenti comportamenti è a rischio elevato per la trasmissione di HIV/MTS?". Confronto tra questionario pre e post corso.

di essi, pur potenzialmente interessati, non hanno potuto aderire per incompatibilità di orari di lezioni.

Metodi di valutazione

Al fine di valutare l'impatto di ciascun incontro su conoscenze e atteggiamenti degli studenti, per ogni incontro era prevista l'iscrizione via internet sul sito della Facoltà e la compilazione di un questionario contenente domande su conoscenze e atteggiamenti relativi all'argomento dell'incontro. Il questionario veniva compilato due volte: entro il giorno precedente (questionario pre-corso) e dal giorno successivo ad una settimana dopo l'intervento (questionario post-corso). Il secondo questionario, identico al primo per le domande su conoscenze e atteggiamenti, comprendeva anche alcune domande relative alla valutazione dell'incontro da parte dello studente, con la possibilità di scrivere anche commenti liberi.

L'acquisizione di crediti era subordinata alla iscrizione e compilazione dei due questionari via internet e alla firma di presenza all'incontro.

I questionari pre e post erano anonimi. L'appaiamento, per ciascuno studente, dei questionari pre- e post-corso tra di loro e con il questionario contenente i dati anagrafici e demografici è stato effettuato utilizzando un numero progressivo (identificativo) attribuito al momento dell'iscrizione.

Il trattamento dei dati è stato effettuato nel rispetto della normativa in tema di tutela dei dati personali (D.Lgs. 30/06/2003).

Risultati

La partecipazione degli studenti è andata da un minimo di 251 al primo incontro ad un massimo di 347 al terzo incontro, sulle sostanze d'abuso. A quest'ultimo incontro, i partecipanti sono stati pari al 75,1% dei 462 iscritti al 1° anno dei CdL aderenti, considerando la sola sede centrale. Gli studenti erano per la maggior parte di sesso femminile, di età media di 20 anni e di essi la maggioranza risiedeva nella provincia di Brescia.

Il gradimento degli studenti è risultato elevato: la percentuale che ha espresso una valutazione positiva (molto/abbastanza utile) variava da un minimo del 84,6% a un massimo del 95,6%.

Il confronto tra risposte fornite ai questionari pre e post corso per il primo incontro, concernente le malattie trasmesse sessualmente (MTS) è riportato nelle tabelle 1 e 2. Si evidenzia una elevata percentuale di risposte errate per la possibile trasmissione sessuale di HPV, epatite B e clamidia al questionario pre, con un incremento significativo delle risposte corrette al questionario post (da + 23% a +46%) (Tab. 1).

Analogamente, riguardo al rischio di acquisizione di MTS per alcuni comportamenti, si è riscontrata una percentuale di risposte corrette non molto elevata al questionario pre, che è aumentata significativamente al questionario post (+22%) e una parallela riduzione (da - 12% a -15%) delle conoscenze non corrette su pratiche ritenute non rischiose per la trasmissione di agenti MTS, quali il bacio e l'uso comune di bicchieri.

Per quanto riguarda gli atteggiamenti, si è osservato, dal questionario pre a quello post, un aumento della percentuale di studenti che hanno dichiarato di: a) non voler discriminare un conoscente sieropositivo per HIV; b) voler verificare che il proprio partner non abbia malattie ai genitali; c) evitare come partner sessuale un soggetto che abbia avuto sifilide o l'infezione da HPV.

Il 93,4% degli studenti ha dichiarato di avere ricevuto dall'incontro informazioni utili per migliorare il proprio stile di vita, il 54,5% ha espresso l'intenzione di modificare il proprio comportamento riguardo alla sfera sessuale e il 68% avrebbe gradito ulteriori informazioni sulla materia.

Per il secondo intervento, concernente l'alcol e il fumo di tabacco, il 59% dei partecipanti ha dichiarato di consumare alcolici regolarmente (almeno qualche volta a settimana), il 65% si è ubriacato almeno una volta nell'ultimo anno, e il 25,5% è stato passeggero in

	Questionario Pre-corso		Questionario Post - corso		P
	N °	%	N °	%	
Seguire lezioni, corsi, seminari a scuola: - No* - Si	247 64	79,4 20,6	237 74	76,2 23,8	NS
Seguire corsi specializzati a piccoli gruppi: - No* - Si	161 148	52,4 47,6	167 144	53,7 46,3	NS
Terapia farmacologica: - No - Si*	185 126	59,4 40,6	120 191	38,6 61,4	<0,001
Terapie non convenzionali: No Si*	270 41	86,8 13,2	216 95	69,4 30,6	<0,001
Nessun trattamento, basta la volontà: No* Si	117 194	37,7 62,3	137 174	44,1 56,0	NS

* risposta corretta; NS: p>0,05

Tab. 3 - Numero e percentuali di studenti in relazione alla domanda "Secondo te, quali dei seguenti interventi è efficace per smettere di fumare, sulla base dell'evidenza scientifica?". Confronto tra il questionario pre e post corso.

	N °	%
Da questo incontro hai ricevuto informazioni che ti sembrano utili per migliorare il tuo stile di vita ?		
no	13	14,9
si, relativamente ai danni da fumo	53	60,9
si, relativamente a prevenzione e informazione	12	13,8
si, relativamente allo smettere di fumare	5	5,8
si, altre risposte	4	4,6
totale	87	100,0
Quali informazioni che hai ricevuto da questo incontro ti sembrano inutili ?		
nessuna	47	81,0
alcune ripetizioni	7	12,0
altre risposte	4	7,0
totale	58	100,0
Pensi di modificare qualche tuo comportamento a seguito di questo incontro?		
No	35	44,6
Si, per quanto riguarda l'alcol	8	10,1
Si, per quanto riguarda il fumo	15	18,9
Si, per quanto riguarda il fumo e l'alcol	5	6,3
Cercherò di evitare l'esposizione a fumo passivo	4	5,0
Cercherò di promuovere la prevenzione di queste abitudini	12	15,1
totale	79	100,0
Quali argomenti che non sono stati trattati avresti voluto sentire ?		
Nessuno, tutti gli argomenti erano interessanti	35	55,6
Danni da fumo o alcol	9	14,3
Altre risposte	19	30,1
totale	63	100,0

Tab. 4 - Commenti sull'incontro su fumo e alcol.

auto di qualcuno che aveva bevuto una elevata quantità di alcolici. Il 34,8% degli intervistati era fumatore (il 13,2% occasionalmente e il 21,6% tutti i giorni), il 14,4% ex-fumatore, e il 50,8% non fumatore.

Per le conoscenze in merito alle malattie causate dall'alcol e dal fumo, si è notato un miglioramento delle risposte corrette, dal questionario pre a quello post, per quasi tutti gli item proposti, pur riscontrandosi anche un aumento di alcune risposte non corrette, con evidenza scientifica assente o debole.

Tra gli interventi di provata efficacia per smettere di fumare, è aumentata la percentuale di risposte corrette riguardanti le terapie farmacologiche e alcuni trattamenti di medicina non convenzionale (agopuntura).

L'85,1% dei rispondenti ha giudicato utili le informazioni ricevute, il 55,4% ha espresso l'intenzione di modificare i propri comportamenti e il 44,4% degli studenti ha indicato argomenti che avrebbe voluto approfondire.

Le risposte relative al terzo incontro, sulle sostanze d'abuso (droghe) e i loro effetti sul cervello sono riportate nelle tabelle 3 e 4.

Le conoscenze sugli effetti delle sostanze d'abuso sono sensibilmente migliorate confrontando i questionari pre e post (Tab. 3), mentre non si sono viste sostanziali variazioni per quanto riguarda le opinioni degli studenti sugli aspetti sociali dell'impiego di sostanze d'abuso.

L'intervento è risultato gradito alla grande maggioranza degli studenti, e circa la metà dei partecipanti ha detto che avrebbe gradito ulteriori informazioni.

Infine, per quanto riguarda l'incontro sull'attività fisica e sportiva, il 58,3% dei partecipanti ha dichiarato di praticare uno o più sport, con una maggiore prevalenza di corsa/jogging (22,1%), calcio (18,9%) e nuoto (17,7%).

Le conoscenze degli studenti sull'attività fisica e sportiva hanno mostrato

Domanda	Questionario Pre-corso	Questionario Post - corso	p
L'assunzione cronica di sostanza d'abuso produce modificazioni nella struttura cerebrale? - mai - sempre * - si, ma non nel caso delle cosiddette "droghe leggere" - si, limitatamente al caso dell'eroina	3,4 83,0 11,8 1,8	3,1 90,2 4,7 2,0	0,007
Gli psicofarmaci sono assimilabili alle sostanze d'abuso? - sempre - solo antipsicotici - solo antidepressivi - solo ansiolitici *	67,1 12,1 14,7 6,0	44,1 20,5 14,4 21,0	<0,001
L'uso cronico di sostanze d'abuso è associato a una maggiore probabilità di sviluppare in seguito disturbi mentali? - no - sì, soprattutto nel caso delle cosiddette "droghe pesanti" - sì, anche nel caso delle cosiddette "droghe leggere" * - solo nel caso concomitante di alcol	8,0 68,9 22,5 0,6	3,1 52,9 42,8 1,1	<0,001
L'uso di sostanze d'abuso è favorito da: - fattori genetici - fattori ambientali - interazioni tra fattori genetici e fattori ambientali * - non esistono specifici fattori di rischio	1,8 51,9 20,8 25,6	2,0 32,8 48,4 16,7	<0,001
Percentuale di giovani che usano sostanze d'abuso in Italia: - <20% - 20-35% * - 35-50% - >50%	2,6 18,5 37,8 41,2	2,0 43,6 31,7 22,8	<0,001

Tab. 5 - Percentuale di studenti in relazione alle conoscenze sulle sostanze d'abuso e sui loro effetti sulla salute. Confronto tra questionario pre e post corso.

alcuni miglioramenti tra prima e dopo l'intervento solo per alcune domande sulla fisiologia dell'esercizio muscolare e sul ruolo sociale dello sport e del training. I commenti sull'incontro sono per lo più favorevoli, con un 75,9% dei rispondenti che ha espresso l'intenzione di svolgere più attività fisica.

Discussione

Alcune ricerche condotte in Italia sulle abitudini di vita degli studenti universitari mostrano un'elevata diffusione del tabagismo e altri comportamenti nocivi alla salute tra di essi (Carducci et al, 2004), ma con differenze sostanziali tra i diversi corsi di laurea: rispetto ai dati nazionali, si è osservata una minore frequenza di comportamenti a rischio tra gli studenti di Medicina e Chirurgia, ma una maggiore frequenza tra gli studenti di Infermieristica (Biraghi et al, 2010; Gallotti et al, 2008; Rea e Tortorano, 2006; Zanetti et al, 2003).

L'approccio da noi seguito è stato di toccare alcuni temi di prevenzione e promozione della salute di specifico interesse per il mondo giovanile, nell'ambito dei corsi previsti come attività opzionale, cercando di favorire un contatto diretto tra docenti e studenti della Facoltà. Per favorire la partecipazione attiva degli stu-

enti, si è scelto di dedicare una parte consistente del tempo previsto per ciascun incontro alla discussione, con domande e risposte, e utilizzando anche il metodo del coinvolgimento dei pari (studenti della commissione paritetica docenti-studenti).

Si è osservata una buona partecipazione degli studenti, soprattutto per alcuni CdL, con un buon livello di gradimento degli incontri da parte degli studenti, sia per quanto concerne l'affermazione di avere ricevuto informazioni utili, sia per l'intenzione espressa di voler modificare alcuni propri comportamenti negativi per la salute.

Il confronto delle risposte mostra, in generale, un aumento significativo della percentuale di risposte corrette dai questionari pre a quelli post sia per quanto riguarda le conoscenze che gli atteggiamenti degli studenti. Va rilevato anche un aumento di alcune risposte non corrette, probabilmente per effetto della difficoltà di tradurre in termini semplici un'evidenza scientifica complessa, a volte contraddittoria, e di concentrare la stessa in semplici messaggi da "portare a casa". Poiché è possibile rintracciare gli studenti grazie all'e-mail, l'impostazione del programma da noi seguito consente anche di continuare l'osservazione della coorte degli studenti nel tempo, per verificare a distanza l'impatto dell'intervento.

In conclusione, l'esperienza dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia di toccare alcuni temi di prevenzione e promozione della salute mediante alcuni incontri con gli studenti di diversi CdL ha presentato alcuni aspetti di interesse che si auspica possano essere utili per l'organizzazione di analoghe iniziative presso altre Facoltà.

Ringraziamenti

Si ringraziano gli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Brescia che hanno aderito all'iniziativa, partecipando attivamente agli incontri, compilando i questionari e inviando valutazioni e pareri. Si ringraziano i componenti della Commissione Paritetica studenti-docenti e i tutor per la collaborazione nell'organizzazione e gestione degli incontri.

	Questionario Pre-corso		Questionario Post – corso		P
	N°	%	N°	%	
Nell'età evolutiva le fonti energetiche sono in grado di consentire al soggetto di praticare attività: Principalmente aerobiche (di resistenza) * Principalmente anaerobiche alattacide (esplosive) Anaerobiche lattacide (velocità sostenuta) Di breve durata e bassa intensità	144 64 25 38	53,1 23,6 9,2 14,1	141 77 29 24	52,0 28,4 10,7 8,9	NS
Tra gli obiettivi dell'attività fisica del bambino c'è quello di: allenare l'apparato muscolo-scheletrico consentire al bambino di conoscere ed acquisire il maggior numero di esperienze motorie * favorire la crescita della massa muscolare perfezionare la destrezza del gesto motorio	44 156 35 36	16,2 57,6 13,0 13,3	37 178 26 30	13,7 65,7 9,6 11,0	NS
Nella pratica sportiva a livello agonistico, un buon allenatore indirizza l'energia del giovane atleta verso lo scopo di: acquisire le strategie migliori per battere l'avversario essere parte di un gruppo vincente comprendere il rispetto dell'avversario e delle regole * caricarsi per la competizione e raggiungere gli obiettivi	26 6 174 65	9,6 2,2 64,2 24,0	36 10 181 44	13,3 3,7 66,7 16,2	0,079
L'allenamento aerobico è efficace se effettuato a intensità inferiore alla cosiddetta soglia ventilatoria inferiore alla cosiddetta soglia anaerobica superiore alla cosiddetta soglia anaerobica * equivalente alla massima potenza aerobica	56 99 48 68	20,7 36,5 17,8 25,0	53 110 52 56	19,6 40,6 19,1 20,6	NS
L'allenamento aerobico aumenta il massimo (o la massima): frequenza cardiaca attività vagale gettata cardiaca * capacità polmonare totale	88 5 53 125	32,5 1,9 19,5 46,1	98 11 70 92	36,2 4,0 25,8 34,0	0,017
Lo sport ha effetti benefici comprovati in diverse patologie ma non nel: diabete insufficienza cardiaca osteoporosi gota *	72 92 43 64	26,6 34,0 15,9 23,6	51 75 47 98	18,8 27,7 17,3 36,1	0,006

* risposta corretta; NS: p>0,05

Tab. 6 - Numero e percentuale di studenti in relazione alle conoscenze sull'attività fisica e sportiva. Confronto tra questionari compilati prima e dopo il corso.

Bibliografia

1) Biraghi E, Tortorano AM. Tobacco smoking habits among nursing students and the influence of family and peer smoking behaviour. *J Adv Nurs.* 2010 Jan;66(1):33-9.
 2) Carducci A, Calamusa A, Manfredi P, Williams J, Romano F, Giuntini A, Marcantonio S, Bandinelli RB, Piz R, Tarini F, Verani M, Privitera G. Indagine sugli stili di vita e la salute degli studenti universitari dell'ateneo pisano. *Ann Ig.* 2004 Sep-Oct;16(5):673-84.
 3) D.Lgs. 30/06/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", GU n. 174 del 29 luglio 2003.
 4) Gallotti C, Maccagni M, Roncarolo F, Ramella F, Tenconi MT. L'abitudine al fumo negli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Pavia. *Ann Ig.* 2008 Nov-

Dec;20(6):563-9.

5) Ministero della Salute. Guadagnare salute. Stili di vita. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/stiliVita/paginaInternaMenuStiliVita.jsp?id=467&menu=fumo> (ultimo accesso: 8/6/2010).

6) Rea B, Tortorano AM. Indagine conoscitiva sull'abitudine al fumo tra gli studenti di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano. *Ann Ig.* 2006 Nov-Dec;18(6):559-63.

7) Zanetti F, Bergamaschi A, De Luca G, Stampi S. Fumo di tabacco: comportamenti e conoscenze sulle patologie ad esso associate tra gli studenti dell'area sanitaria infermieristica. *Ann Ig.* 2003 Sep-Oct;15(5):545-50.

Elaborazione dei dati relativi al nuovo Corso di laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi del Molise

I risultati del Progress Test

Laura Recchia, Bruno Moncharmont (Università del Molise)

Alcuni dati sulla Facoltà

La Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi del Molise nasce nel 2005 sulla base di due corsi già attivati sulla Facoltà di Scienze del Benessere in convenzione con Roma "La Sapienza": TPALL (Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro) ed il corso di Infermieristica. Successivamente l'offerta formativa si è ampliata con l'attivazione di diversi corsi di laurea nelle professioni sanitarie fino ad assumere, nell'anno accademico 2010/2011, la configurazione riportata nella tabella 1.

Corso di laurea magistrale	Medicina e Chirurgia
Corsi di laurea delle professioni sanitarie	Infermieristica Ostetricia Tecniche della riabilitazione psichiatrica Dietistica Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
Corso di laurea specialistica	Scienze delle Professioni sanitarie della Prevenzione
Scuole di specializzazione	<i>Istituite con decreto rettorale n. 1969 del 22/12/2008, da attivare</i> Geriatrics Pediatria* Ostetricia e ginecologia* Scienze dell'alimentazione Igiene e Medicina preventiva* Biochimica clinica Patologia clinica <i>Istituzione richiesta nell'agosto 2009</i> Endocrinologia Radiodiagnostica* Oculistica Medicina legale e delle assicurazioni Dermatologia e Venerologia Psichiatria* Malattie dell'apparato respiratorio Ortopedia e traumatologia* *Scuole ritenute dal MIUR di interesse comune, da attivare presso ogni regione ove è presente una Facoltà di Medicina
Master di I livello	Management infermieristico per le funzioni di coordinamento
Master di II livello	Trattamento della patologia degenerativa del ginocchio

Tab. 1 - L'offerta formativa della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi del Molise (Fonte: Protocollo d'intesa tra Regione Molise, Università degli Studi del Molise e Azienda Sanitaria Regionale del Molise per la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali 21/07/2010).

Nell'anno accademico 2006/2007 è stato attivato il Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia che prevede la formazione di figure professionali dotate, ai sensi della direttiva 75/363/CEE, delle basi scientifiche e della preparazione tecnico-pratica necessarie all'esercizio della professione medica e della metodologia e cultura necessarie per la pratica della formazione permanente, nonché di un livello di autonomia professionale, decisionale ed operativa derivanti da un percorso formativo caratterizzato da un approccio olistico ai problemi di salute, delle persone sane o malate anche in relazione all'ambiente chimico-fisico, biologico e sociale che le circondano.

Il corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia è ad oggi caratterizzato da sei Professori di 1^a fascia, venti Professori di 2^a Fascia, 6 Ricercatori a tempo indeterminato e 5 Ricercatori a tempo determinato, per un totale di 37 docenti che coprono quasi tutte le discipline attivate sui diversi corsi di laurea e che fanno della Facoltà di Medicina una struttura agile, ma essenziale per il territorio, soprattutto per il bilanciamento tra funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca.

È del luglio 2010 infatti, la firma del "Protocollo d'intesa" tra Regione Molise, Università degli Studi ed Azienda sanitaria regionale per "la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali". Tale protocollo sviluppa, in base alla normativa del Decreto Legislativo 517/99, il principio, ribadito anche dalla sentenza della Corte Costituzionale n.71/2001, che "l'attività di assistenza ospedaliera e quella didattico-scientifica affidate dalla legislazione vigente al personale medico universitario, si pongono tra loro in un rapporto che non è solo di stretta connessione ma di vera e propria compenetrazione". Il protocollo prevede anche l'apporto dell'Università alla programmazione sanitaria regionale per la definizione degli indirizzi dei programmi d'intervento e dei modelli organizzativi che interessano le strutture ed i servizi sanitari destinati all'esercizio dei compiti istituzionali dell'Università nel campo della formazione pre-laurea, post-laurea e della ricerca biomedica e sui servizi sanitari. Si tratta di un documento importante che sottolinea l'attiva partecipazione dell'Ateneo alla programmazione sanitaria regionale e che assume l'ospedale regionale "A. Cardarelli" di Campobasso quale struttura prioritaria di riferimento dell'Università per le attività assistenziali essenziali per la didattica e per la ricerca, individuando un numero pari a 225 posti letto quale fabbisogno necessario al soddisfacimento delle attività formative della Facoltà. Il protocollo individua anche le strutture sanitarie private accreditate utilizzabili per l'attività formativa clinico-assistenziale della Facoltà, per i settori per i quali non sono disponibili adeguati spazi all'interno dell'ospedale di riferimento o di altre strutture sanitarie pubbliche regionali.

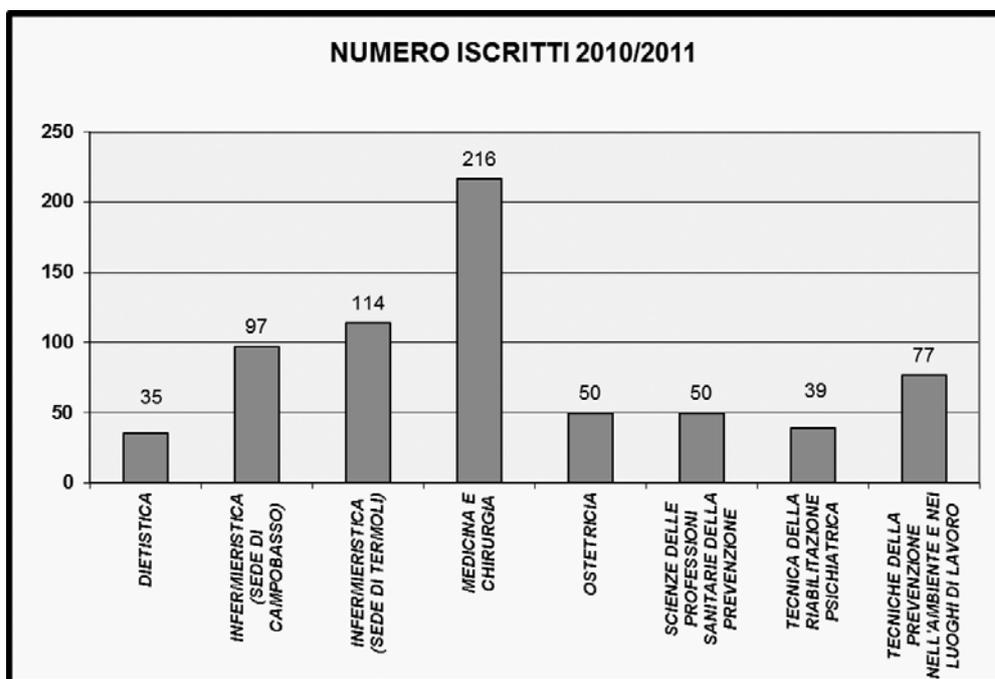


Fig.1 - Numero di iscritti a. a. 2010/2011 (Fonte: elaborazione propria su dati di Ateneo).

I primi reparti assistenziali a direzione universitaria sono stati attivati nel febbraio 2011.

La dinamica della popolazione studentesca

Il CdL in Medicina e Chirurgia prevede, ai sensi

(rispettivamente con 343 e 458 candidati), 75 nel terzo e quarto anno (rispettivamente con 309 e 636 candidati), 82 posti nel 2010/11 (con 520 candidati). Il numero di candidati presenti alla prova, pur con le oscillazioni prevedibili per una giovane Facoltà,

mostrano un *trend* positivo che tende ad una stabilizzazione tra le 400 e le 500 unità.

La Facoltà mette a disposizione degli studenti un Collegio Medico residenziale in contiguità con la sede didattica ed assistenziale.

Nel corso degli anni la progressiva evoluzione dell'offerta formativa della Facoltà ha determinato un aumento ed una diversificazione della popolazione studentesca.

Nella figura 1 è riportata la suddivisione dei 628 studenti iscritti nell'anno accade-

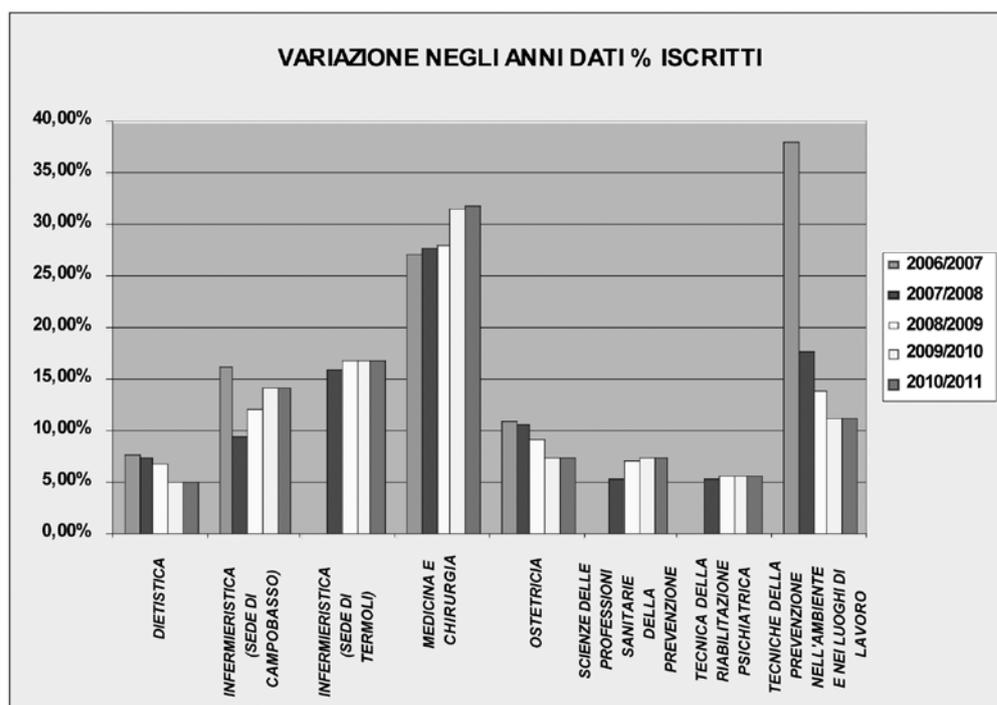


Fig. 2 - Variazione negli anni della percentuale di iscritti (Fonte: elaborazione propria su dati di Ateneo).

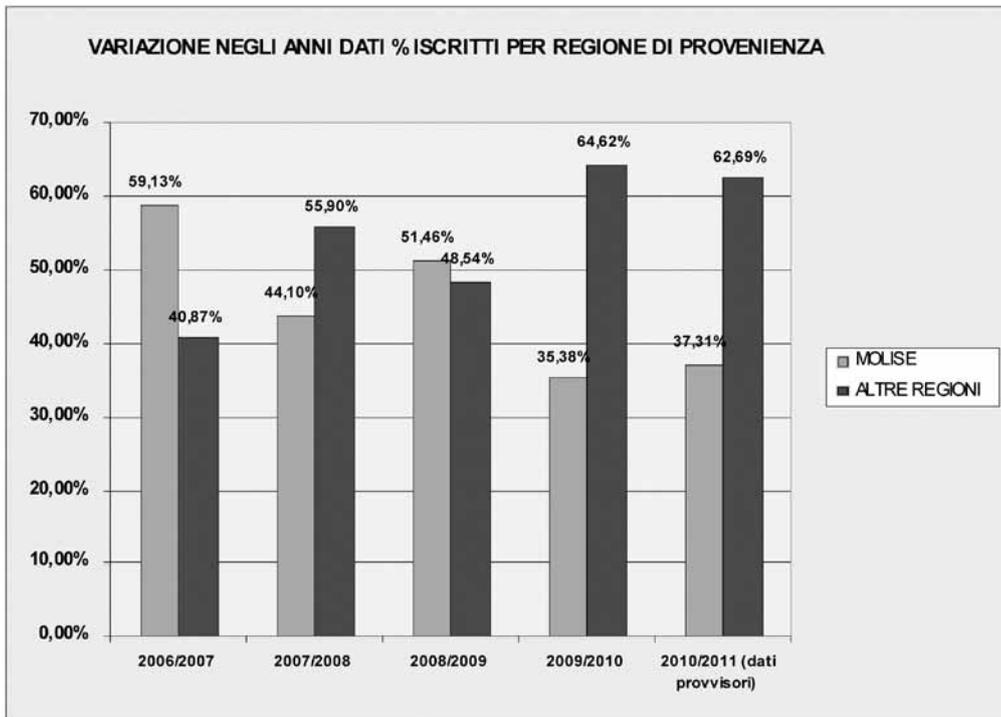


Fig. 3 - Variazione negli anni della percentuale di iscritti per regione di provenienza (Fonte: elaborazione propria su dati di Ateneo).

mico 2010/11 con oltre il 34% di studenti iscritti al CdL in Medicina e Chirurgia.

Nella figura 2 sono riportate le variazioni nel corso degli anni delle percentuali di studenti iscritti ai vari

segno di un aumento costante dell'attrattività della Facoltà.

Nella figura 4 sono illustrate le variazioni della distribuzione degli studenti per titolo di studio. Anche

corsi. L'alta percentuale di studenti iscritti al corso TPALL per l'a. a. 2006/07, deriva dal fatto che si trattava di un corso già attivato in convenzione, presso la Facoltà di Scienze del Benessere, prima dell'istituzione della Facoltà di Medicina.

Nella figura 3 è riportata la composizione della popolazione studentesca della Facoltà suddivisa per provenienza (dal Molise o da altre regioni). Vi è un evidente trend di crescita degli studenti provenienti da altre regioni (Puglia, Campania e Basilicata), quale dell'attrattività della Facoltà. se con qualche oscillazione negli anni, la maturità scientifica ed, in minor misura, la maturità classica rappresentano di gran lunga i titoli di ammissione più rappresentati.

La valutazione progressiva

Lo strumento longitudinale di valutazione progressiva è stato largamente impiegato nei Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia sia in corsi "problem based learning" che in corsi "no-problem based learning" ma "curriculum based". Si

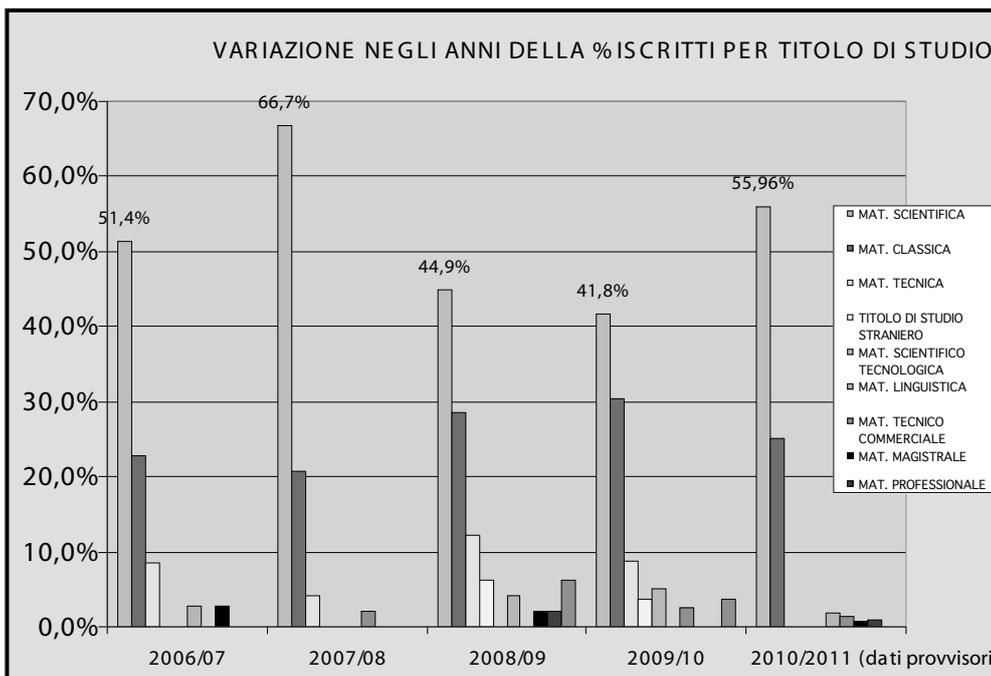


Fig. 4 - Variazione negli anni della percentuale di iscritti, per titolo di studio (Fonte: elaborazione propria su dati di Ateneo)

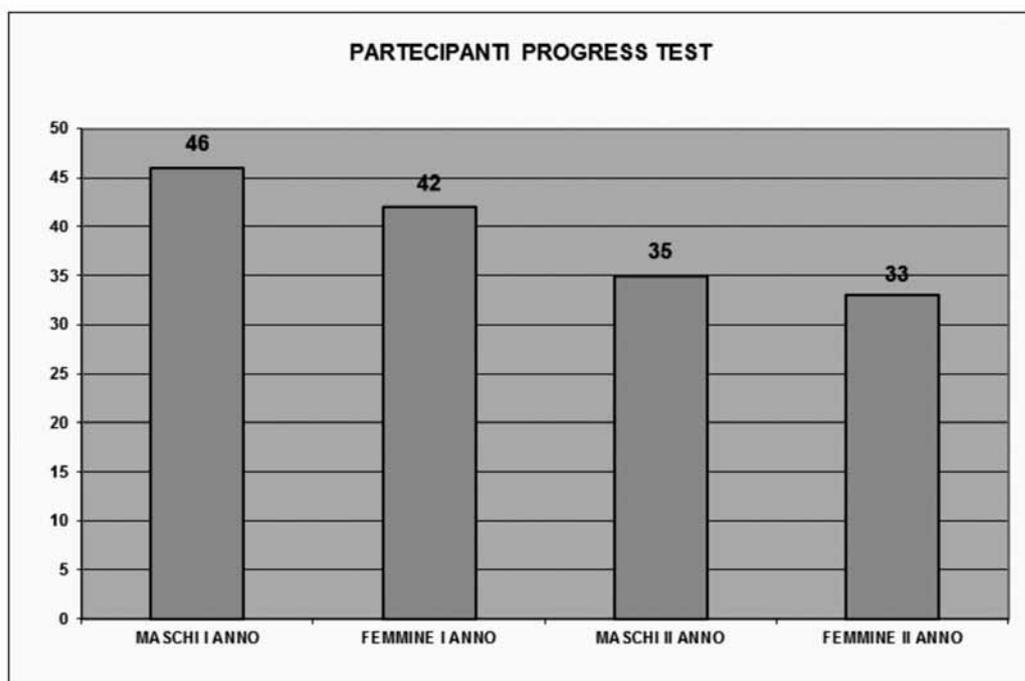


Fig. 5 - Studenti che hanno partecipato al Progress Test.

parla di tre tipologie di valutazione progressiva: il Progress Test che è nato presso l'Università di Limburg a Maastricht, Olanda (Albano, 1996), il *Quarterly Profile Examination*, che è nato contem-

professionale, è essenziale che qualunque sistema di valutazione degli studenti includa misure sull'acquisizione di conoscenze che siano attendibili ed accurate.

Totale	150	Totale	150
Morfologia/biologia	20	Ostetricia e ginecologia	20
Fisiologia	25	Pediatria	30
Biochimica/Biologia molecolare/Genetica	25	Medicina interna e specialistica	40
Microbiologia /immunologia	25	Chirurgia generale e specialistica	40
Patologia generale/fisiopatologia	25	Medicina preventiva	10
Farmacologia	15	Anatomia Patologica	10
Scienze del comportamento	15		

Tab. 2 - Attribuzione delle domande per aree disciplinari.

poraneamente al PT ma per corsi *curriculum based* presso l'Università del Missouri a Kansas City ed il *Personal Progress Index* che viene utilizzato presso l'Università di McMaster (Enarson, 2001). Obiettivo di tali strumenti è l'istituzione di una valutazione del livello d'acquisizione di conoscenze, valida, ricorrente e significativa in base al principio dell'*assessment drives learning* che riconosce la forte influenza che la valutazione può potenzialmente avere sull'ambien-

raggiungimento o meno di uno *standard di performance* dato, ma lo studente spesso dimentica conoscenze importanti acquisite durante il corso di formazione e ciò provoca difficoltà nell'acquisizione di competenze ed una mancata adeguatezza al *core curriculum*. È necessaria dunque una quantificazione delle conoscenze negli anni di corso che è possibile con uno strumento longitudinale di valutazione progressiva che trova la sua espressione

te di apprendimento considerato. Il *Progress Test* è un esame che copre tutte le discipline mediche e chirurgiche nonché le relative discipline di base che servono a meglio comprendere i fenomeni medici che il medico in formazione deve acquisire. Poiché in medicina, come in altri campi di studio, la "conoscenza" ha un ruolo centrale nella determinazione della competenza

Attualmente il sistema prevede una valutazione di tipo sommativo-certificativa che rappresenta una fotografia del livello di conoscenza o competenza acquisite da uno studente al termine di un percorso formativo. Questa tipologia di valutazione ha l'obiettivo di misurare il

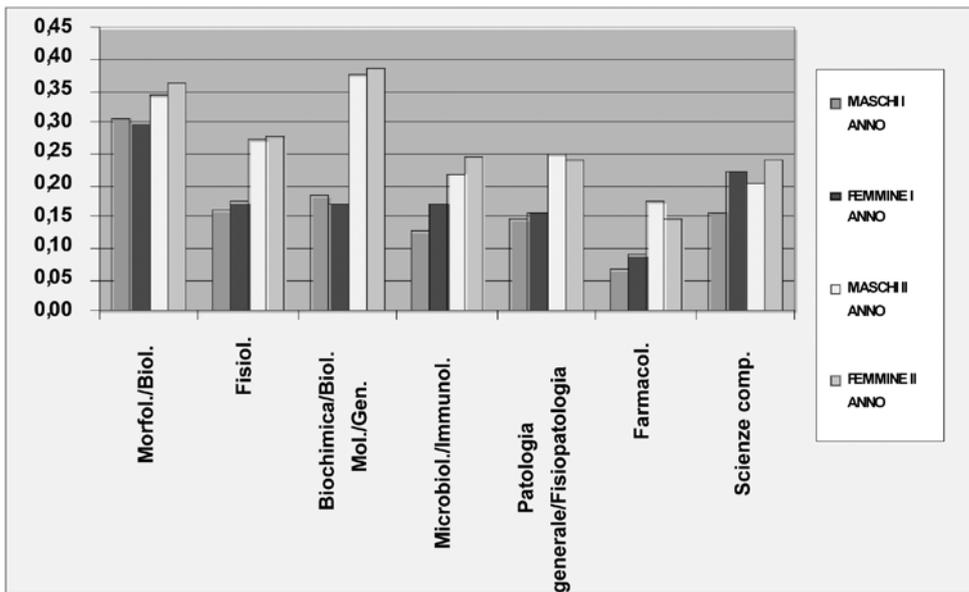


Fig. 6 - Elaborazione dei dati relativi ai risultati del Progress Test per le scienze di base.

nel "Progress Test". La valutazione progressiva "... demonstrated strong construct validity, with highly significant statistical tests of differences between classes and changes within classes on successive administrations..." (Blake, 1996). La valutazione progressiva dunque, ha validità predittiva, può farci prevedere la *performance* che lo studente avrà all'esame finale, conduce gli studenti ad una reale autovalutazione aiutandoli a comprendere in autonomia se necessitano o meno di corsi di recupero. Può infine aiutare il Corso di laurea ad individuare precocemente quegli studenti che potrebbero avere gravi e persistenti problemi di apprendimento.

L'esperienza del Progress Test

Per aggiungere un ulteriore elemento di valutazione delle *performances* della Facoltà, il 18 novembre 2010 è stato effettuato il Progress Test (PT) anche per gli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia su base volontaria.

Importante è stato il coinvolgimento e le motivazioni con cui i docenti referenti hanno predisposto la prova, il che ha consentito una buona affluenza degli studenti del primo e secondo anno al quale il test era rivolto (Fig.5). La validità nel processo di formazione ed apprendimento del Progress Test è ormai riconosciuta a livello internazionale anche se per gli studenti l'approccio a questo tipo di verifica e la preoccupazione su ciò che sarà oggetto del test è fonte di una notevole ansia. E' stato dunque spiegato loro che tale prova vuole mettere in luce anche le specialità ed eccellenze che essi stessi stanno sviluppando durante il corso di laurea ed i risultati potrebbero essere per loro un valido aiuto nell'orientamento alle diverse specializzazioni post lauream.

Caratteristiche del Progress Test

Il Test è stato somministrato con le seguenti caratteristiche e finalità:

- il contenuto del test non era legato ad alcun corso specifico
- rifletteva, in modo completo, gli obiettivi finali del curriculum

- l'esame conteneva domande provenienti sia da discipline delle scienze di base, sia da discipline cliniche (vedi Tab. 2)

- gli studenti dei primi due anni di corso hanno sostenuto lo stesso esame

Finalità del Progress Test

- seguire l'aumento delle conoscenze di ciascuno studente nel corso di tutti gli anni della sua educazione
- trarre delle conclusioni che riguardano il curriculum o parti del curriculum formativo

Metodologia

L'esame, secondo i criteri e le modalità indicate dalla Conferenza Permanente delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, era composto da 300 domande a scelta multipla dove solo una risposta su cinque era corretta. Le prime 150 domande coprivano le scienze di base e sono state somministrate in 3 ore nel corso della mattinata, le successive 150 domande che sono state somministrate nel pomeriggio, coprivano le scienze cliniche.

Poiché l'esame è stato eseguito a metà novembre, gli studenti del 1°anno hanno risposto alle domande in base a due criteri: (a) le conoscenze ed informazioni che hanno portato con se dalle scuole superiori e (b) l'elemento di "indovinare" che si auspica sia stato comunque applicato in base ad un minimo grado di riflessione. Dato che sono state considerate solo le risposte corrette, senza penalizzazione per le risposte sbagliate, gli studenti del primo anno rappresentano quello che potrebbe essere definito come "*background noise*" o rumore di fondo cioè il modo in cui risponderebbe una persona non del campo aggrappandosi all'elemento "indovinare" (A. Tenore).

Risultati e conclusioni

La percentuale attesa di risposte esatte, in caso di risposta scelta casualmente, è per tutte le discipline

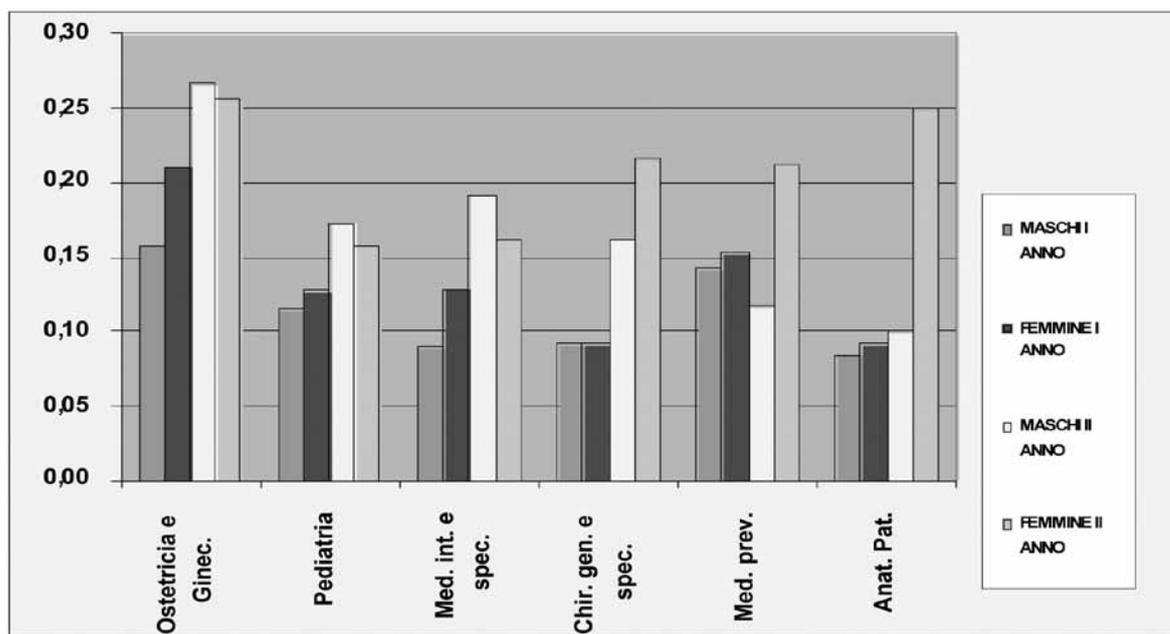


Fig. 7 - Elaborazione dei dati relativi ai risultati del Progress Test per le scienze cliniche.

del 20%; nelle scienze di base, come si può notare dalla (Fig. 6), questa percentuale è stata uguagliata o superata da tutti i partecipanti al test che frequentano il 2°anno, mentre nelle discipline delle scienze cliniche (Fig.7), tale soglia di casualità è stata superata solo relativamente alla disciplina ostetricia, da tre gruppi (su quattro) di partecipanti, cioè maschi e femmine del 2° anno e femmine del 1° anno.

Dall'analisi dei punteggi riportati dagli studenti maschi e femmine non si rilevano differenze significative tra i due sessi.

Confrontando, invece, i risultati conseguiti dai due gruppi di studenti del primo e secondo anno, sia tramite un'analisi della varianza condotta con un test F di Fisher, sia tramite test non parametrici, quali quello di Kolmogorov - Smirnov ed il test U di Mann-Whitney, si evidenzia che le differenze tra i due gruppi non vanno ritenute casuali, bensì risultano significative per $P < 0.05$.

È da notare inoltre che, fermo restando il principio dell'“indovinare” o “rumore di fondo”, i risultati migliori sono stati riscontrati per quelle materie oggetto dei test di ammissione alla Facoltà stessa, per le quali tutti gli studenti avevano seguito corsi di preparazione ed approfondimento.

Bibliografia

1) Protocollo d'intesa tra Regione Molise, Università degli Studi del Molise e Azienda Sanitaria Regionale del Molise per la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali 21/07/2010.

2) Alfred Tenore Il progress Test, considerazioni e speranze per il futuro delle Facoltà di Medicina italiane Med.Chir. 49,211.

3) Norcini JJ. Setting standards on educational tests. Med Educ. 2003; 37(5): 464-9.

4) P. Pollastrini, L. Bertozzi, V. Montevecchi, M. T. Naldi “La possibile trasferibilità del PT nei corsi di Laurea delle Professioni sanitarie”; in: Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, et al. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. Acad Med. 2002; 77(5): 361-7.

5) General Medical Council. Undergraduate Education. Available at: www.gmc-uk.org/education/undergraduate.asp (accessed 3 November 2009).

6) General Medical Council. *Good Medical Practice*. London: GMC; 2001.

7) Harden RM, Gleeson FA. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). Med Educ. 1979; 13(1): 41-54.

8) Boursicot KAM, Roberts TE, Burdick WP. *OSCEs and other Assessments of Clinical Competence*. Edinburgh: ASME; 2007.

9) Wood T. Assessment not only drives learning, it may also help learning. Med Educ. 2009; 43(1): 5-6.

10) AMEE Association of medical education in Europe. Conference program, AMEE 2009. Conference held 29 August-2 September 2009, Málaga, Spain. Available at: www.amee.org/index.asp?lm=108 (accessed 3 November 2009).

11) William D. Keeping learning on track: classroom assessment and the regulation of learning. In: Lester FK Jr, editor. *Second Handbook of Mathematics Teaching and Learning*. Greenwich, CT: Information Age Publishing; 2007.

12) Boulet JR, De Champlain AF, McKinley DW. Setting defensible performance standards on OSCEs and standardized patient examinations. Med Teach. 2003; 25(3): 245-9.

13) Norcini JJ, Guille RA. Combining tests and setting standards. In: Norman GR, van der Vleuten CPM, Newble DI, editors. *International Handbook of Research in Medical Education*. Dordrecht: Kluwer; 2002. pp. 811-34.

14) General Medical Council. *Tomorrow's Doctors*. 2nd ed. London: General Medical Council; 2003.

Notizie dal Consiglio Universitario Nazionale

L'attività del Consiglio Universitario Nazionale (CUN) in questi ultimi quattro mesi si è svolta in un periodo molto complesso della vita universitaria che ha visto, da un lato, l'approvazione della legge di riforma del 30 Dicembre 2010, n. 240 e dall'altro l'attuazione (ancora non completata) del D.M. 22 settembre 2010, n. 17 riguardante l'offerta formativa. Nello stesso momenti il CUN ha avuto il parziale rinnovo delle sue componenti elette o designate con una modalità mai sperimentata prima che non ha interrotto l'operato.

Il termine del mandato precedente, che ha coinciso con la fine dell'anno 2010 e l'inizio del 2011, ha visto il Consiglio impegnato su alcuni questioni di grande interesse per la comunità accademica. Infatti, a dicembre 2010 è stato reso il parere sulla programmazione triennale che, tra i vari punti affrontati, ha posto l'accento sulla difficoltà di avere un sistema universitario efficiente alla presenza di una costante diminuzione delle risorse, nell'aleatorietà della loro erogazione e con un asimmetrico trattamento delle Università pubbliche rispetto a quelle private.

Un argomento di rilevante interesse per l'ambito medico è stato anche il parere per la definizione della figura professionale del Biologo che lavora nei laboratori di Procreazione Medicalmente Assistita richiesto con la nota ministeriale prot. 3488 del 29.10.2010 dalla Società di Embriologia, Riproduzione e Ricerca (SIERR). Nel documento il CUN, nell'osservare che il *training* scientifico e soprattutto pratico di questi professionisti è affidato alla loro iniziativa personale, auspica che nelle scuole di Specializzazione di Patologia Clinica possano essere inseriti adeguati percorsi formativi teorico-pratici che consentano direttamente l'accesso a tale professione o che siano predisposti percorsi formativi (Master) post specialistici con carattere professionalizzante *ad hoc* predisposti in accordo con il Ministero della Salute.

Con l'inizio del nuovo anno e in procinto di essere parzialmente reintegrato, il CUN ha affrontato il problema della tardiva erogazione del FFO del 2010 e della decurtazione dei fondi destinati alle università. In particolare è stata ripetuta la necessità di avere la certezza dei finanziamenti in tempo utile per fare una programmazione adeguata meglio se pluriennale.

Per quanto riguarda temi che interessano primariamente le facoltà mediche, è di rilievo il parere reso riguardo l'accesso dei biotecnologi ai concorsi del sistema sanitario. Il CUN ha emanato un parere sulla richiesta della Federazione Italiana Biotecnologi di equipollenza delle lauree specialistiche e magistrali

in Biotecnologie (classi 7/S; 8/S, 9/S, LM-7, LM-8, LM-9) con la classe di laurea in Biologia (6/S, LM/6). Il CUN, considerata la diversità dei percorsi formativi, ha espresso un parere non favorevole all'equipollenza generale tra le succitate classi di laurea. Per quanto riguarda, poi, le classi di laurea 9/S, LM-9 e le Classi 6/S, LM-6 e limitatamente ai concorsi pubblici in ambito medico-sanitario, il CUN ritiene possibile l'equipollenza qualora il soggetto richiedente abbia conseguito nel suo percorso formativo specifici requisiti curriculari. Con questa mozione si è iniziato un percorso condiviso con le maggiori associazioni della categoria, della didattica e degli ordini professionali per trovare una soluzione ai numerosi problemi che impediscono ai laureati di biotecnologie un adeguato sbocco lavorativo.

Il 27 gennaio sono state fatte le nuove elezioni per il rinnovo parziale del consiglio che hanno portato alla rielezione dei ricercatori, professori associati e ordinari di 7 aree su 14, e della rappresentanza del personale tecnico amministrativo. Sono stati inoltre indicati i nuovi rappresentanti della CRUI, dell'interconferenza dei presidi, del Consiglio Nazionale degli Studenti, e dei direttori amministrativi.

Il consiglio così ricomposto ha, nella riunione di febbraio, riconfermato a larghissima maggioranza il prof. Andrea Lenzi, rappresentante dei professori ordinari dell'area 06, come presidente del Consiglio Universitario Nazionale.

Nello stesso tempo il consiglio ha iniziato ad affrontare alcuni problemi aperti dalla riforma ed ha emanato una mozione a proposito dell'attuazione degli artt. 19 e 22 della L. 240/2010. Al fine di evitare l'interruzione da parte degli Atenei del conferimento degli assegni per lo svolgimento delle attività di ricerca (art. 22 L. 240/10) e dell'istituzione dei corsi di dottorato di ricerca (art. 19 L. 240/10), il CUN sollecita l'urgenza dell'emanazione dei decreti previsti ai commi 1 e 7 dell'art. 19 della L. 240/2010.

Inoltre il CUN ha emanato una mozione a proposito dell'applicazione del disposto del DM 22 settembre 2010 n. 17 e della successiva Nota ministeriale n. 17 del 28 gennaio 2011. La mozione - nel rilevare alcune criticità riscontrate dagli Atenei nel simulatore del sistema di inserimento dell'offerta formativa messo a disposizione sul sito OFF del CINECA - chiedeva che fosse istituito immediatamente un gruppo tecnico di consultazione permanente in modo tale da valutare la congruità delle possibili soluzioni tecniche con le finalità assegnate dalle normative.

Fabio Naro

Notizie dalle Conferenze Permanenti

Conferenza Permanente dei Presidenti di CCLM in Medicina e Chirurgia

Breve sintesi della centesima riunione

Il 4 e 5 febbraio 2011 si è tenuta a Roma la 100a riunione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia.

Dopo una breve introduzione del Presidente, Prof. Andrea Lenzi, si è provveduto ad una modifica di statuto mediante la quale diventano membri effettivi della Conferenza coloro che hanno ricoperto la carica di Presidente e Vice Presidente della Conferenza stessa, come pure il Presidente e Past Presidente della Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Il Prof. Gaudio ha presentato una proposta per il calcolo del voto di laurea e i risultati di una indagine sul confronto fra il calcolo tradizione e la nuova proposta.

Il Prof. Zucchi ha riferito sul Dottorato nel Corso di Laurea in Medicina, che rappresenta un problema europeo, avendo sentito l'*European Science Foundation*.

Il Prof. Tenore ha illustrato i risultati del *Progress Test* e ha concluso sottolineando la necessità che tale iniziativa sia compresa nell'esame di stato.

Il Prof. Cetto ha presentato una interessante relazione sulla Formazione in Cure Palliative.

La prima giornata si è conclusa con la celebrazione della 100a riunione in cui il Prof. Danieli ha ricordato i fondatori della Conferenza, i Presidenti della Conferenza fino al Presidente attuale, Andrea Lenzi, i Segretari, tutti i Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea di tutte le sedi, le riunioni e le sedi in cui si sono svolte, i Gruppi di studio che si sono succeduti con i vari Presidenti, e le riviste della Conferenza, dapprima 75012 medicina e chirurgia diventata poi Medicina e Chirurgia, Quaderni della Conferenza dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Dopo questa presentazione si è discusso ampiamente dell'applicazione della Legge 240/2010 sotto la regia dei Proff. Luigi Frati, Andrea Lenzi ed Eugenio Gaudio.

Il giorno successivo, dopo avere stabilito che i prossimi incontri si terranno il 9 maggio a Roma e l'1 e 2 luglio a Genova, il Prof. Carlo Della Rocca ha presentato "lo stato dell'arte sulle site visit" e il Prof. Gallo ha fatto una dotta relazione "sulle logiche della integrazione interdisciplinare e interprofessionale", e infine il Prof. Casti ha illustrato alcuni dati preliminari sulla "distribuzione dei CFU per SSD nella applicazione del DM 270/2004".

Amos Casti

Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie

Rinnovo delle cariche e linee programmatiche. Sintesi dei primi quattro mesi di attività

Con la Conferenza di Ottobre 2010 a Portonovo, si è dato avvio al processo di rinnovo delle cariche delle Commissioni Nazionali dei Corsi di Laurea triennali e Magistrali delle lauree sanitarie e della Giunta della Conferenza, riportata nella tabella allegata.

La prima riunione della Giunta si è tenuta proprio a margine del Meeting di Portonovo, in cui si sono discusse le linee preliminari di lavoro mentre a Roma, il 13 dicembre 2010, si sono completate le cariche e definite le linee programmatiche di attività per il triennio 2010-11.

Programmazione delle attività proprie della Giunta
Costituiscono priorità dei lavori della Giunta per il prossimo triennio:

a) sostenere e promuovere la qualità della formazione: la Giunta ha assunto nella valutazione della qualità della formazione, la strategia da perseguire con forza per migliorare l'offerta didattica, potenziarne l'efficacia ed affermare il valore della formazione universitaria delle professioni sanitarie al fine di preparare una generazione di professionisti aperta alle sfide future. Pur essendo già presente da molti anni nell'agenda della Conferenza la tematica della valutazione, sarà attivata una attenzione sistematica che coinvolgerà tutte le Classi di Laurea e Magistrali. La Giunta sostiene, promuove e incoraggia l'insieme delle iniziative orientate alla valutazione (progress test, site visits e accreditamento delle sedi). Particolari sforzi saranno realizzati per elaborare e proporre all'Osservatorio (art. 10 DI 19 febbraio 2009) requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici dei Corsi di Laurea triennali e Magistrali coerenti al DM 270/2004. A tal fine è stato istituito un gruppo di lavoro (componenti: Faggian, Ascolese, Vicario, Mastrillo, Salvi, Dimonte, Lombardi, Piga, Cianfrone, Casula, Donato, Castellani. Coordina - Dimonte).

La Giunta ha ritenuto inoltre prioritario proseguire nei lavori di elaborazione e consenso interclasse sui tirocini professionalizzanti con la finalità di individuare indicatori e sistemi di valutazione della qualità dell'apprendimento pratico (Coordinano Bielli - Saiani). Infine, rispetto al dibattito sulla 'Docenza del SSN' la Giunta ritiene prioritario costruire una proposta di procedure/criteri di selezione, reclutamento e valutazione dei docenti del SSN; non da ultimo, considerato il ruolo cruciale nello sviluppo della qualità della formazione, la Giunta ha affermato l'esigenza di puntare in via prioritaria alla stabilizzazione degli

Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie

Presidente Prof. Luigi Frati, Università di Roma la Sapienza
 Vicepresidente Vicario Prof.ssa Luisa Saiani, Università di Verona
 Segretario Onorario Prof. Giovanni Danieli, Università delle Marche
 Segretario generale Prof.ssa Alvisa Palese, Università di Udine
 Segretario Dott. Angelo Mastrillo, Università di Bologna

Commissioni nazionali

Corsi di Laurea

Classe I

Infermieristica: Presidente Prof. Valerio Dimonte (Torino), Vicepresidente Dott. Rosanna Lombardi (Siena)

Ostetricia: Presidente Prof. Nicola Colacurci (Napoli II), Vice Presidente Dott. Maria Vicario (Napoli II)

Infermieristica Pediatrica: Presidente Prof. Gianni Bona (Piemonte Orientale), Vicepresidente, Dott. Anna Persico (Piemonte Orientale)

Classe II

Fisioterapia: Presidente Prof. Adriano Ferrari (Modena Reggio Emilia), Vicepresidente Dott. Silvia Bielli (Siena)

Educazione Professionale: Presidente Prof. Antonio Volpi (Roma Tor Vergata), Vicepresidente Dott. Giovanni Valle (Milano)

Logopedia: Presidente Prof. Giancarlo Cianfrone (Roma la Sapienza), Vice Presidente Dott.ssa Anna Pierro (Roma la Sapienza)

Ortottica - Assistenza in Oftalmologia: Presidente, Prof. Luciano Cerulli (Roma Tor Vergata), Vice Presidente Dott.ssa Maria Teresa Rebecchi (Roma Cattolica)

Podologia: Presidente Prof. Marco Cavallini (Roma la Sapienza), Vicepresidente Dott. Arcangelo Marseglia (Catanzaro)

Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva: Presidente Prof. Pierangelo Veggiotti (Pavia), Vice Presidente Dott. Fiorenza Broggi (Milano Bicocca)

Tecniche della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale: Presidente Prof. Rita Roncone (L'Aquila), Vice Presidente Dott. Donatella Ussorio (L'Aquila)

Terapia Occupazionale: Presidente Prof. Alberto Cocchi (Roma Cattolica), Vice Presidente Dott. Renata Spalek (Roma Cattolica - Moncrivello VC)

Classe IIIa

Tecniche di Laboratorio Biomedico: Presidente Prof. Pietro Ruggeri (Messina), Vicepresidente Dott. Maurizio Paiero (Udine)

Tecniche di Neurofisiopatologia: Presidente Prof. Oriano Mecarelli (Roma la Sapienza), Vicepresidente Dott. Angelo Mastrillo (Bologna)

Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia: Presidente Prof. Roberto Grassi (Napoli II), Vicepresidente Dott. Franco Ascolese (Napoli II)

Tecniche Audiometriche, in corso di nomina

Classe IIIb

Tecniche Audioprotesiche: Presidente Prof. Paolo Pagnini (Firenze), Vice Presidente Dott. Fermino Morello (Padova)

Tecniche Ortopediche: Presidente Prof. Umberto Tarantino (Roma Tor Vergata), Vice presidente Dott. Marco Zingoni (Firenze)

Tecniche della Fisiopatologia Cardio-circolatoria e Perfusionazione cardiovascolare: Presidente Prof. Giuseppe Faggian (Verona), Vicepresidente Dott. Debora Castellani (Siena)

Igiene Dentale: Presidente Prof. Mario Giannoni (L'Aquila), Vicepresidente Dott. Ignazia Casula (Brescia)

Dietistica: Presidente Prof. Davide Festi (Bologna), Vicepresidente Dott. Gabriella Buti (Firenze)

Classe IV

Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro: Presidente Prof. Guglielmo Bonaccorsi (Firenze), Vicepresidente Dott.ssa Donatella Salvi (Firenze)

Assistenza Sanitaria: Prof. Francesco Donato (Brescia), Vicepresidente Dott. Alessandro Macedonio (Roma la Sapienza)

Corsi di Laurea Magistrale

Ostetricia

Presidente Prof. Renzo Zanotti (Padova)
 Vicepresidente Dott. Caterina Galletti (Roma Cattolica)

Tecniche audioprotesiche

Presidente Prof. Massimiliano Corsi (Milano)
 Vicepresidente Dott. Claudio Attianese (Roma La Sapienza)

attuali Coordinatori delle Attività Professionalizzanti.

b) sostenere i lavori delle Commissioni Nazionali nei processi che accompagnano la riforma degli ordinamenti. I processi di revisione degli ordinamenti sono già in fase avanzata: tuttavia, è ora necessario accompagnarne l'implementazione sviluppando anche proposte di Regolamenti Didattici 'tipo' sia per le lauree Magistrali (Coordinano – Corsi Saiani) sia per le Lauree triennali (Coordina Palese) in cui siano offerte indicazioni generali da declinare in ciascuna classe e corso per assicurare massima attenzione alla specificità.

c) ripensare il ruolo delle Lauree Magistrali: si tratta di corsi complessivamente in difficoltà e in fase di ridimensionamento. L'iniziale spinta, legata soprattutto alla stabilizzazione di alcune posizioni dirigenziali, è venuta meno nell'ultimo biennio. La Giunta ritiene importante avviare una discussione sulla rilevanza dell'offerta delle lauree magistrali, sulla loro missione (mantenere orientamento prevalentemente alla dirigenza/docenza vs. aprire nuovi indirizzi) e sull'esigenza di una programmazione non esclusivamente legata ai fabbisogni dirigenziali di ciascuna regione (gruppo di lavoro: Corsi, Attianese, Valente, Bielli, Zanotti, Galletti, Piga, Ruggeri, Cavallini, Ferrari, Coordina – Corsi e Saiani).

d) mantenere e ulteriormente sviluppare i rapporti con le istituzioni, in particolare con le Regioni sulle tematiche dei Protocolli di intesa (che andranno rivisti anche alla luce della riforma degli ordinamenti), dei Finanziamenti, dei Fabbisogni (che mantengono una attenzione ancora eccessivamente legata al breve periodo), e dei Coordinatori e Tutor messi a disposizione. Particolari sforzi saranno sviluppati anche sulla valutazione della qualità della preparazione dei neo-laureati.

e) in ordine alla riforma universitaria, particolare impegno infine dovrà essere dedicato allo studio delle modalità di coordinamento e raccordo dei Corsi di laurea triennali e Magistrali delle lauree sanitarie all'interno dei nuovi assetti strutturali delle Facoltà previsti dalla riforma.

Per assicurare sistematiche opportunità di confronto e condivisione, saranno realizzate almeno due riunioni di Giunta all'anno e mantenuti nel triennio

almeno due Meeting all'anno (preferibilmente nel mese di aprile e settembre). Pur nel rispetto delle esigenze delle sedi ospitanti, ciascun meeting assicurerà sessioni didattiche, di restituzione di gruppi di lavoro, interventi delle Commissioni, tavoli di confronto con le rappresentanze istituzionali e definizione delle mozioni su tematiche emergenti. Inoltre, la Giunta ha deciso di mantenere per la sua rilevanza, ospitalità, e tradizione la sede di Portonovo quale sede della Conferenza per il Meeting di Autunno (metà settembre).

Indicazioni programmatiche della Giunta alle Commissioni Nazionali

La Giunta propone le seguenti priorità:

- Monitorare e supportare lo sviluppo della qualità didattica e formativa dei propri corsi di laurea e laurea magistrale;
- Monitorare i fabbisogni e l'offerta formativa;
- Monitorare l'evoluzione dei Piani di studio e la loro armonizzazione a livello nazionale;
- Esplorare i criteri di incarico (e la durata) delle posizioni di Coordinatori delle Attività Formative professionalizzanti e dei Tutor Didattici distaccati a tempo pieno;
- Potenziare l'attenzione sui Tirocini/laboratori (dalla programmazione didattica, alle strategie applicative sino ai sistemi di valutazione);
- Elaborare proposte di omogeneizzazione degli esami di stato/abilitanti [prova pratica e tesi].

La Giunta impegna le Commissioni Nazionali a organizzare almeno una giornata di studio all'anno per i loro corsi di laurea. Ritiene inoltre importante che ciascuna Commissione tenga aggiornato l'indirizzo da inviare sempre al dott. Mastrillo e al prof. Dimonte per la gestione del sito che si ricorda essere: <http://www.conferenzapermanentelaureesanmarie.unito.it/>. Infine, la Giunta sollecita le Commissioni a individuare un proprio piano di sviluppo inviando i documenti di studio elaborati ai Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia. Considerato l'importante ruolo svolto dalle Commissioni, la Giunta auspica che le cariche ancora da individuare siano definite quanto prima.

Alvisa Palese



Distribuzione dei CFU nei diversi SSD

Confronto fra il DM 509/1999 e il DM 270/2004

Amos Casti (Parma)

Il DM 270/04 è stata l'ultima ed importante occasione per ripensare il percorso formativo del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia (CLMMC). A partire dall'anno accademico 2009-2010 sono stati inseriti nella banca dati RAD: a) gli obiettivi formativi qualificanti la classe, b) gli obiettivi specifici del corso e c) gli intervalli dei CFU negli ambiti formativi previsti dalla classe¹. Gli intervalli dei CFU negli ambiti formativi sono stati approvati dalla Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale nella seduta di Verona del 13 giugno 2008 e sono stati calcolati sulla base dell'offerta formativa dell'a.a. 2007/2008 di 44 corsi di laurea e tenendo conto di precedenti indagini condotte all'interno della Conferenza^{2,3}. Tali intervalli sono stati definiti per fornire un grado di omogeneità accettabile su scala nazionale e per fornire uno standard formativo confrontabile fra le varie sedi, pur garantendo la piena autonomia di queste¹.

Dall'analisi dei dati ottenuti dalle varie sedi dopo l'applicazione del DM 270/04 (Tab. 1) non si rileva una corrispondenza fra gli intervalli proposti per gli ambiti formativi e i CFU attribuiti ai SSD in essi previsti; i valori si discostano in modo importanti soprattutto per il valore inferiore della forchetta. Solo gli ambiti disciplinari "Morfologia umana", "Funzioni biologiche integrate di organi, sistemi e apparati umani", "Clinica psichiatrica e discipline del comportamento", "Discipline ostetrico-ginecologiche, medicina della riproduzione e sessuologia medica" e "Discipline radiologiche e radioterapiche" non si discostano eccessivamente dagli intervalli di riferimento ed in alcuni casi mostrano valori maggiori del livello più elevato.

Il confronto fra il DM 509/99 e il DM 270/04 con i valori medi dei CFU ai SSD (Tab. 2) non mostra variazioni significative ad eccezione di quelle a carico degli ultimi SSD MED. In particolare, si osservano incrementi per i SSD "MED/34 Medicina fisica e riabilitativa", "MED/46 Scienze tecniche di medicina di laboratorio" "MED/49 Scienze tecniche dietetiche applicate", "MED/50 Scienze tecniche mediche applicate" e "INF/01 Informatica" e le diminuzioni per i SSD "MED/45 Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche", "MED/47 Scienze infermieristiche ostetrico-ginecologiche" e "MED/48 Scienze infermieristiche e tecniche neuro-psichiatriche e riabilitative". Tutte le sedi, anche quelle di nuova istituzione, hanno fornito i dati relativi alle attribuzioni dei CFU ai SSD secondo il DM 270/04 (Tab. 1), ma si rilevano alcune carenze e la necessità di apportare ulteriori modifiche. In particolare alcuni CLMMC (Bologna, Molise, Napoli Federico II, Napoli II Ateneo Polo di Napoli, Palermo, Roma Cattolica, Salerno, Siena, Torino, Torino Orbassano, Trieste) non hanno fornito i dati relativi alla attribuzione dei 60 CFU delle attività formative professionalizzanti per vari motivi: non attivazione o parziale attivazione del CLMMC nel triennio clinico secondo il DM 270/04 o un utilizzo dei CFU non precisamente definito con possibilità di svolgere il tirocinio in contesti diversi. Inoltre alcune sedi (Genova, Trieste) dovranno rivedere entro breve tempo l'attribuzione dei CFU in quanto sono stati utilizzati valori numerici con frazione di CFU, mentre a Napoli Federico II la proposta presentata ora non prevede frazioni di CFU ma

ancora è in attesa di approvazione da parte del CLMMC. A partire dal 28 febbraio 1986 quando il Presidente della Repubblica firma il provvedimento legislativo con il quale si rinnova l'ordinamento degli studi medici con l'introduzione della nuova tabella XVIII si sono succeduti diversi momenti importanti per riflettere sulla introduzione delle varie novità succedutesi nel percorso formativo degli studenti. A seguito della Legge 341 del 19 novembre 1990 e della revisione dei settori scientifico disciplinari si è provveduto alla modifica dell'ordinamento didattico (G.U. n. 255 del 30.10.1996) che ha introdotto flessibilità e responsabilità dei Corsi di Laurea. Più recenti sono il D.M. 509/99 e 270/04 sul confronto dei quali è stata condotta questa indagine per comprendere quante modifiche sono state introdotte dopo 25 anni dalla nuova tabella XVIII e dopo ben quattro D.M. che hanno permesso ai Corsi di Laurea di porre mano al percorso formativo degli studenti. Nel passaggio dal D.M. 509/99 al D.M. 270/04 (Tab. 3) tutti i Corsi di Laurea Magistrale hanno introdotto modifiche significative nella distribuzione dei CFU ai SSD, ma ben 17 di essi hanno apportato importanti modifiche che hanno riguardato più di 10 SSD sui 61 presi in considerazione, e in particolare: Ancona 18, Catanzaro 15, Catania 12, Chieti 11, L'Aquila 29, Milano 20, Milano Bicocca 15, Molise 14, Napoli II Ateneo Polo di Napoli 11, Novara 17, Padova 25, Palermo 20, Roma Cattolica 16, Salerno 22, Udine 15, Varese 33, Verona 14. Molte possono essere le motivazioni di tali modifiche e in particolare si possono ricordare la messa in quiescenza di Professori ordinari e associati di alcuni SSD non più ricoperti con altri titolari, la presenza di SSD già privi di titolarità, e la normativa sui requisiti minimi che prevede la copertura dei SSD di base e caratterizzanti con il 60% e successivamente con il 70% per l'accreditamento dei corsi di studio. Questa ultima normativa colpisce particolarmente la Facoltà di medicina e Chirurgia per la necessità di mantenere attivati i corsi di studio delle Professioni Sanitarie. In conclusione, il Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia ha colto ancora questa occasione per adeguarsi alle normative sopravvenute e proiettarsi su uno scenario futuro alla luce anche della Legge 240/2010, per offrire sempre allo studente un piano degli studi che possa formare un eccellente professionista, pur nelle condizioni che prospettano un quadro normativo notevolmente modificato per quanto attiene la docenza.

Ringraziamenti

Particolare gratitudine a tutti i Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia che con pazienza e sollecitudine hanno collaborato a questa indagine conoscitiva.

Bibliografia

- 1) Lenzi A., Familiari G., Casacchia M., De Caro R., Gaudio E., Frati L. Una proposta unitaria della Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia per il RaD - DM 270/04, *Med. Chir.* 43; 1816-1819, 2008.
- 2) Casti A. Indagine sull'applicazione del nuovo ordinamento didattico del Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia nei primi anni dall'avvio della riforma sull'autonomia didattica, *Med. Chir.* 20; 749-780, 2003.
- 3) Casti A., Cordero di Montezemolo L., Panella C., Zucchi R., Mugelli A., Dossier: Indagine conoscitiva sulla distribuzione dei crediti formativi universitari (CFU) ai settori scientifico disciplinari (SSD) nei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, *Med. Chir.* 37-38; 1543-1588, 2007.

Tab. 1 - Attribuzione dei CFU ai diversi SSD secondo il D.M. 270/04 nelle diverse sedi.

Settore Scientifico Disciplinare (SSD)	AN	BA	BO	BS	CA	CZ	CT	CH	FE	FI	FG	GE	L'AQ	ME	MI	MI Polo Centr	MI San Paolo	MI/B SR	MOLI SE	MO	NA/Fe	NA/II	NA Ca	NO	
BIO/09 Fisiologia	15	19	21	17	15	14	18	22	19	16	17	22,8	16	16	18	18	18	17	17	14	18	14	16	18	17
BIO/10 Biochimica	18	17	20	14	19	14	16	24	19	18	21	16,8	17	16	19	19	19	19	8	18	16	16	16	17	20
BIO/11 Biologia molecolare	0	3	1	2	3	4	0	3	1	4	0	2,3	0	3	4	4	4	0	12	3	0	3	4	2	2
BIO/12 Biochimica Clinica	2	3	2	3	1	1	2	2	2	1	3	2,5	3	2	4	4	4	3	3	6	0	3	3	2	2
BIO/13 Biologia Applicata	9	7	10	8	8	6	10	7	7	5	7	7,8	5	9	6	6	6	11	7	5	11	7	9	10	5
BIO/14 Farmacologia	12	10	8	11	14	12	11	12	11	11	12	10,5	8	13	10	10	10	13	17	11	11	10	14	13	13
BIO/16 Anatomia umana	18	18	20	18	17	13	16	23	19	14	18	19,8	18	15	18	18	18	13	17	13	18	12	18	17	17
BIO/17 Istologia	6	9	8	5	7	4	7	10	7	6	6	7,8	7	8	7	7	7	7	9	5	7	6	8	8	6
MED /01 Statistica medica	3	6	2	4	1	0	3	2	2	6	2	4	3	3	12	12	12	6	5	4	3	4	5	7	5
MED/02 Storia della Medicina	3	1		2	1	2	4	2	1	2	2	0,5	1	4	1	1	1	2	3	3	1	1	0	0	2
MED/03 Genetica medica	0	6	2	3	3	6	1	5	3	8	5	4,3	5	2	4	4	4	4	7	4	2	4	2	3	5
MED/04 Patologia generale	18	13	20	16	19	11	14	18	19	13	14	17,3	15	10	17	17	17	11	12	19	19	16	17	14	18
MED/05 Patologia clinica	2	3	2	0	3	9	2	3	2	1	3	2	4	2	1	1	1	1	2	0	4	3	3	2	2
MED/06 Oncologia medica	6	3	2	1	3	8	2	3	2	2	4	3,5	3	5	1	2	2	3	3	3	5	4	4	5	5
MED/07 Microbiologia	8	5	10	9	9	10	9	12	11	9	6	8,3	8	7	7	7	7	6	7	7	7	6	9	8	6
MED/08 Anatomia Patologica	18	13	12	10	15	8	10	10	15	8	17	11,5	11	14	10	10	10	7	8	8	12	11	9	10	15
MED/09 Medicina interna	40	35	21	42	34	22	39	22	29	32	27	36,5	29	37	39	39	28	27	38	26	27	27	18	33	41
MED/10 M.A. respiratorio	2	4	3	4	3	7	6	4	4	5	4	3,5	3	4	8	8	8	5	5	3	4	3	4	6	3
MED/11 M.A. cardiovascolare	4	5	4	6	6	7	6	4	4	4	5	5	7	4	11	11	11	6	6	3	5	4	4	8	6
MED/12 Gastroent	4	3	3	1	6	6	6	3	3	3	5	5	3	5	8	8	8	4	5	3	4	4	4	6	3
MED/13 Endocrinologia	4	4	4	1	6	6	7	4	4	4	5	4	6	7	8	8	8	4	6	4	3	4	4	4	4
MED/14 Nefrologia	2	3	3	3	3	6	5	3	2	1	3	3	1	5	8	8	8	3	5	0	3	3	4	6	5
MED/15 M. del sangue	3	3	3	2	3	0	4	3	4	3	4	4	3	3	8	8	8	6	5	0	4	4	3	3	18
MED/16 Reumatologia	4	3	1	2	4	0	2	2	3	1	4	3	3	3	7	7	7	3	1	2	4	3	3	4	2
MED/17 Malattie infettive	5	4	3	5	3	4	7	6	5	3	6	5	3	4	8	7	8	4	7	3	3	4	3	6	2
MED/18 Chirurgia generale	24	31	14	36	29	20	35	25	24	13	23	25,5	25	28	27	28	27	21	12	18	18	17	15	29	12
MED/19 Chirurgia plastica	2	2	1	0	1	3	1	1	1	1	2	1	3	1	0	0	0	0	1	0	2	1	1	2	0
MED/20 Chirurgia pediat inf	2	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0,5	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0

PA	PD	PI	PG	PR	PV	Ro A	Ro B	Ro C	Ro D	Ro E	RO II	Ro CT	Camp us	Ro TV	SA	SS	SI	TO	TO II	TS	UD	VA	VR	SSD
17	14	21	15	20	20	18	18	16	17	18	17	17	17	19	12	14	18	18	16	16	19	17	18	BIO/09
19	14	18	18	23	16	20	19	16	23	20	19	20	19	18	18	14	15	18	15	16	18	18	15	BIO/10
0	6	3	2	2	2	3	3	6	0	3	4	2	3	3	5	0	2	5	8	2	5	0	6	BIO/11
3		5	2	2	6	3	2	7	2	4	3	2	0	6	2	2	0	2	1	2	3	1	5	BIO/12
9	6	9	7	5	4	10	8	11	13	12	11	5	12	9	5	5	5	8	10	6	7	6	12	BIO/13
9	10	9	13	10	10	8	7	10	8	6	9	8	9	8	10	8	13	9	12	8	10	14	9	BIO/14
16	15	18	16	20	20	19	16	14	17	16	17	16	17	15	17	11	17	16	16	10	19	15	18	BIO/16
6	8	9	8	9	9	8	10	9	8	9	8	8	7	12	5	6	7	7	5	7	9	5	9	BIO/17
3	6	3	3	3	6	5	5	7	4	7	3	2	5	4	4	5	2	7	6	2	4	5	5	MED/01
3	4	3	4	5	3	5	5	6	4	5	3	1	5	2	2	2	1	1	0	3	1	3	2	MED/02
0	4	3	6	4	6	5	3	3	2	3	4	6	2	5	4	7	4	5	5	6	6	4	3	MED/03
13	21	18	21	16	14	19	22	21	25	22	20	15	16	20	19	10	15	16	17	20	14	17	23	MED/04
3	4	2	3	2	0	6	4	2	11	7	6	3	1	3	2	0	1	2	3	0	3	0	0	MED/05
3	1	2	3	1	1	1	3	5	3	4	4	2	5	3	3	4	2	3	3	1,5	3	0	2	MED/06
7	12	10	7	13	9	7	7	8	10	7	8	9	7	16	7	6	9	8	10	7	8	11	9	MED/07
13	12	9	13	10	9	11	11	14	11	11	11	9	13	15	11	10	13	12	13	8,5	12	14	11	MED/08
20	49	37	36	38	32	26	29	26	29	25	28	19	22	18	23	38	30	38	26	25	32,0	29	43	MED/09
3	2	5	3	3	6	5	4	2	3	4	4	2	4	3	3	6	2	2	4	1,5	4	4	2	MED/10
3	1	5	2	2	8	6	6	5	6	5	5	2	7	4	4	7	2	3	3	4,5	5	5	2	MED/11
3	4	5	4	3	6	6	3	3	4	7	5	2	5	3	4	4	2	3	2	2	4	2	4	MED/12
3	1	5	3	2	4	7	5	5	6	9	5	3	5	4	4	4	2	4	3	1,5	4	3	4	MED/13
3	2	5	3	4	6	3	2	2	4	4	3	2	2	2	2	4	2	3	3	2,5	4	4	4	MED/14
3	1	5	7	3	5	2	3	4	3	3	4	3	5	4	4	6	2	2	3	2,5	4	3	4	MED/15
3	1	5	3	1	4	3	2	4	3	3	2	2	1	2	2	4	2	1	0	2	3	1	4	MED/16
3	1	5	5	3	7	4	4	6	3	4	5	4	3	4	3	6	4	3	3	3,5	4,0	2	4	MED/17
22	38	26	10	24	23	25	35	25	27	19	19	16	19	17	14	34	24	14	10	25	27	28	16	MED/18
3	1	0	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	0	1,5	1	2	0	MED/19
0	1	1	2	1	1	1	1	0	0	0	1	2	0	1	1	2	1	0	0	0	1,0	0	1	MED/20

MED/21 Chirurgia toracica	0	2	1	0	1	0	1	2	1	1	2	1	3	1	2	2	2	0	3	0	2	1	1	2	5
MED/22 Chirurgia vascolare	2	1	1	2	2	0	1	2	1	1	0	1	3	1	2	2	2	2	3	0	2	1	1	1	0
MED/23 Chirurgia cardiaca	0	1	1	2	0	2	1	1	0	1	1	1	0		2	2	2	1	3	0	1	1	1	1	0
MED/24 Urologia	4	3	1	4	3	2	2	2	1	2	3	2	5	3	2	3	3	2	3	0	2	2	1	1	3
MED/25 Psichiatria	4	5	4	3	5	5	5	4	4	3	5	4,5	7	6	6	6	6	5	3	4	6	4	6	6	6
MED/26 Neurologia	5	5	4	6	5	11	3	4	5	5	6	7	7	6	9	9	9	6	11	6	9	4	5	7	7
MED/27 Neurochirurgia	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	3	0	1	1	1	3	0
MED/28 M. odonto	2	1	1	3	2	3	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1
MED/29 Chir max-facciale	0	1	1	1	1	3	1	0	1	1	0	0	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	3
MED/30 M.A. visivo	2	3	1	4	4	3	2	2	3	2	3	2,5	3	4	2	2	2	3	5	3	3	2	2	2	2
MED/31 Otorino	2	3	1	3	3	3	2	4	3	2	2	2,5	2	2	2	2	2	3	5	1	2	2	1	1	5
MED/32 Audiologia	0	1	1	0	0	3	1	0	2	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
MED/33 M.A. Locomotore	5	5	3	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	10	10	10	4	4	4	4	3	3	4	4
MED/34 Medicina fisica e riabilitativa	2	2	2	1	1	4	2	1	1	1	5	0,5	3	2	2	2	2	0	1	0	2	1	1	1	1
MED/35 M cutanee e veneree	4	3	3	4	4	3	2	2	3	2	2	2,5	3	3	7	7	7	4	2	3	3	3	2	3	4
MED/36 Diagnostica immagini Radioter	6	5	5	7	5	8	7	5	7	6	9	6	9	8	9	9	9	4	8	7	6	7	7	7	7
MED/37 Neuroradiologia	2	1	1	1	0	2	1	2	1	0	0,5	3	1	0	0	0	0	0	3	0	0	1	1	3	0
MED/38 Pediatria	6	5	5	10	8	7	7	5	8	6	5	7	8	10	9	9	9	10	7	5	7	6	4	6	10
MED/39 Neuro- psichiatria infantile	0	2	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0,5	3	1	1	1	1	2	1	0	1	0	1	2	0
MED/40 Ginecologia e ostetricia	6	7	5	10	7	6	8	5	8	4	7	8	7	4	9	9	9	8	7	5	6	5	5	6	13
MED/41 Anestesiologia	5	5	3	3	9	10	2	3	5	4	8	4	9	3	6	6	6	5	1	2	4	3	2	7	5
MED/42 Igiene G.A.	7	6	5	8	6	10	7	7	6	7	6	6,5	12	7	7	7	6	9	3	9	12	6	7	4	6
MED/43 Medicina legale	5	6	2	5	6	4	3	2	7	3	6	5,5	3	4	5	6	5	4	3	4	6	4	5	7	4
MED/44 Med lavoro	3	6	2	5	4	0	2	3	2	2	3	2	3	3	6	6	7	3	1	1	3	2	2	2	2
MED/45 Sc. infermier gen, clin pediatr.	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1,5	0	2	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
MED/46 Sc tecniche med lab	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	3	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	1	0	0	0
MED/47 Sc. Inf ostet-ginecol	0	0	0	0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
MED/48 Sc. infermier tecn riabilitazione	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MED/49 Sc tecn dietetiche applicate	0	0	0	0	0	6	0	2	0	0	1	0,5	0	1	0	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0
MED/50 Sc tecn mediche applicate	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0
FIS/07 Fisica	4	6	7	5	8	4	4	11	8	6	9	5,8	6	5	6	6	6	5	4	4	4	5	5	3	6
L-LIN/12 Inglese scientifico	4	5	3	5	5	6	7	9	7	4	9	6	6	8	3	3	3	5	8	6	12	7	6	4	5
INF/01 Informatica	0	1	0	2	1	6	3	4	2	3	2	3	3	3	0	0	0	3	2	6	0	0	0	0	2
TOTALE	316	326	266	327	332	324	325	330	317	269	331	325	334	328	383	385	373	302	329	266	316	271	274	331	337
Settore Scientifico Disciplinare (SSD)	AN	BA	BO	BS	CA	CZ	CT	CH	FE	FI	FG	GE	L'AQ	ME	MI	MI Polo	MI San Paolo	MI/B MI SR	MOLI SE	MO	NA/F e	NA/I I	NA Ca	NO	

0	1	1	3	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	3	2	1	5	1	MED/21
3	1	0	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	3	2	1	1	0	2	1	4	1	MED/22
3	1	1	2	1	1	1	1	1	2	0	1	1	4	3	2	1	1	1	0	0	1	2	1	MED/23
3	1	1	4	1	1	2	4	2	4	3	3	2	3	5	2	3	1	2	3	4	3	2	2	MED/24
6	3	6	6	5	6	3	3	4	4	2	5	2	3	3	3	4	5	4	6	4,5	5	5	6	MED/25
6	3	7	4	5	4	4	3	4	3	6	6	2	7	5	4	11	4	4	4	7	5	6	5	MED/26
0	2	1	2	1	7	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	1	2	1	MED/27
3	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	MED/28
0	1	0	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	0	1	1	2	1	1	1	1	2	0	0	MED/29
3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	5	2	2	2	2	2	3	3	2	2	MED/30
3	1	2	2	3	3	1	2	2	2	2	3	1	3	5	2	4	2	3	2	3	2	4	2	MED/31
0	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	4	1	2		1	1	0	0	0	0	MED/32
3	2	3	4	3	3	3	3	3	1	4	4	2	5	5	4	3	2	4	4	4	3	6	3	MED/33
3	1	1	2	3	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	4	1	MED/34
3	2	3	4	4	3	1	2	2	2	2	3	2	3	2	1	3	2	2	2	3	3	3	4	MED/35
6	7	7	6	5	9	7	6	10	5	8	7	6	10	4	4	5	5	5	6	6	8	10	6	MED/36
0	0	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	MED/37
6	9	6	2	12	5	5	5	5	4	4	6	4	7	4	5	10	5	6	4	7,5	9	8	10	MED/38
0	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	0	1	1	1	0	1	1	MED/39
6	9	7	5	9	7	6	7	5	5	5	7	6	9	4	5	12	5	6	4	7,5	9	9	9	MED/40
3	3	2	5	4	3	3	4	3	3	6	5	1	6	4	2	2	4	3	3	4	6	8	3	MED/41
5	7	6	7	8	7	7	5	8	5	4	7	5	5	8	5	6	8	7	5	6,5	6	3	3	MED/42
3	3	5	3	5	4	6	4	4	4	3	5	8	8	3	4	1	5	4	3	5,5	4	7	3	MED/43
3	5	2	7	5	4	2	2	1	3	2	3	3	1	2	3	1	2	4	2	4,5	3	2	3	MED/44
0	3	0	2	0	0	1	1	1	2	0	1	2	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	2	MED/45
0	0	0	0	1	0	3	4	1	3	0	0	2	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	MED/46
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	MED/47
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	MED/48
0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	MED/49
0	0	0	2	0	0	1	2	0	2	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	MED/50
6	8	6	5	5	5	7	6	6	6	6	7	8	3	7	5	5	2	4	4	4	6	4	4	FIS/07
6	1	6	5	6	8	12	12	10	12	12	6	13	12	6	6	12	3	8	6	10	6	2	12	L-LIN/12
3	1	3	0	4	0	0	0	0	0	0	5	0	2	3	1	3	0	0	3	0	3	5	1	INF/01
279	319	328	319	331	333	327	328	324	334	324	326	264	322	318	264	324	262	290	271	279	330	319	323	TOTALE
PA	PD	PI	PG	PR	PV	RoA	Ro B	RoC	Ro D	RoE	RO II	RoCT	Camp us	Ro TV	SA	SS	SI	TO	TO II	TS	UD	VA	VR	SSD

Settore Scientifico Disciplinare (SSD)	Media 509	MEDIA 270	Δ%	Settore Scientifico Disciplinare (SSD)	Media 509	MEDIA 270	Δ%
BIO/09 Fisiologia	18,35	17,83	-3	MED/26 Neurologia	5,11	5,31	4
BIO/10 Biochimica	18,31	17,98	-2	MED/27 Neurochirurgia	1,24	1,27	2
BIO/11 Biologia molecolare	3,44	3,12	-9	MED/28 Malattie odontostomatologiche	1,36	1,38	1
BIO/12 Biochimica Clinica	2,35	2,54	8	MED/29 Chirurgia maxillo-facciale	0,85	0,93	9
BIO/13 Biologia Applicata	7,94	7,81	-2	MED/30 Malattie dell'apparato visivo	2,61	2,52	-3
BIO/14 Farmacologia	10,03	10,31	3	MED/31 Otorinolaringoiatria	2,34	2,31	-2
BIO/16 Anatomia umana	17,63	17,08	-3	MED/32 Audiologia	0,73	0,79	8
BIO/17 Istologia	7,48	7,39	-1	MED/33 Malattie dell'apparato locomotore	3,34	3,57	7
MED/01 Statistica medica	4,32	4,39	2	MED/34 Medicina fisica e riabilitativa	1,00	1,23	23
MED/02 Storia della Medicina / Bioetica	2,69	2,55	-5	MED/35 Malattie cutanee e veneree	2,70	2,76	2
MED/03 Genetica medica	3,85	3,95	3	MED/36 Diagnostica immagini e radioterapia	6,15	6,39	4
MED/04 Patologia generale	17,63	17,13	-3	MED/37 Neuroradiologia	0,86	0,84	-2
MED/05 Patologia clinica	2,47	2,50	1	MED/38 Pediatria	6,92	6,56	-5
MED/06 Oncologia medica	3,30	3,14	-5	MED/39 Neuropsichiatria infantile	1,05	1,06	1
MED/07 Microbiologia	8,54	8,45	-1	MED/40 Ginecologia e ostetricia	7,02	6,70	-6
MED/08 Anatomia Patologica	11,5	11,24	-2	MED/41 Anestesiologia	4,37	4,14	-5
MED/09 Medicina interna	33,47	30,66	-8	MED/42 Igiene generale e applicata	5,98	6,23	4
MED/10 Malattie dell'apparato respiratorio	3,63	3,77	4	MED/43 Medicina legale	3,98	4,16	5
MED/11 Malattie dell'apparato cardiovascolare	4,65	4,82	4	MED/44 Medicina del lavoro	2,83	2,83	0
MED/12 Gastroenterologia	3,96	4,00	1	MED/45 Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche	1,26	0,91	-28
MED/13 Endocrinologia	3,92	4,16	6	MED/46 Scienze tecniche di medicina di laboratorio	0,47	0,68	45
MED/14 Nefrologia	3,00	3,00	0	MED/47 Scienze infermieristiche ostetrico-ginecologiche	0,31	0,21	-32
MED/15 Malattie del sangue	3,44	3,69	7	MED/48 Scienze infermieristiche e tecniche neuro-psichiatriche e riabilitative	0,31	0,18	-62
MED/16 Reumatologia	2,52	2,61	4	MED/49 Scienze tecniche dietetiche applicate	0,17	0,40	135
MED/17 Malattie infettive	4,21	4,16	-1	MED/50 Scienze tecniche mediche applicate	0,23	0,40	74
MED/18 Chirurgia generale	23,78	22,67	-5	FIS/07 Fisica	5,59	5,49	-2
MED/19 Chirurgia plastica	1,11	1,16	5	L-LIN/12 Inglese scientifico	6,47	6,41	-1
MED/20 Chirurgia pediatrica infantile	0,62	0,64	3	INF/01 Informatica	1,24	1,57	26
MED/21 Chirurgia toracica	1,48	1,49	1	Settore Scientifico Disciplinare (SSD)			
MED/22 Chirurgia vascolare	1,40	1,39	-1				
MED/23 Chirurgia cardiaca	1,23	1,20	-2				
MED/24 Urologia	2,14	2,23	4				
MED/25 Psichiatria	4,49	4,45	-1				

Tab. 2 - Valori medi dei CFU ai diversi SSD nel confronto fra il DM 509/99 e il DM 270/04.

SEDE	SSD	VARIAZIONE	SEDE	SSD	VARIAZIONE	SEDE	SSD	VARIAZIONE
ANCONA	BIO/10	24 → 18	BARI	BIO/11	6 → 3	CATANZARO	BIO/11	9 → 4
	BIO/12	0 → 2		MED/01	9 → 6		BIO/14	18 → 12
	BIO/14	7 → 12		MED/09	30 → 35		BIO/14	8 → 4
	BIO/16	22 → 18		MED/18	23 → 31		MED/01	3 → 0
	MED/04	24 → 18		L-LIN/12	8 → 5		MED/04	15 → 11
	MED/05	0 → 2					MED/05	3,5 → 9
	MED/08	9 → 18	BOLOGNA	BIO/13	14 → 10		MED/10	4 V 7
	MED/09	32 → 40		MED/08	9 → 12		MED/15	2,5 → 0
	MED/11	1 → 4		L-LIN/12	6 → 3		MED/16	1,5 → 0
	MED/13	2 → 4					MED/19	1 → 3
	MED/14	2 → 4	BRESCIA	MED/06	3 → 1		MED/21	2,5 → 0
	MED/21	2 → 0		MED/26	3 → 6		MED/22	2,5 → 0
	MED/24	2 → 4					MED/26	8 → 11
	MED/30	5 → 2	CAGLIARI	MED/12	3 → 6		MED/29	1,5 → 3
	MED/33	3 → 5		MED/13	4 → 6		MED/44	2 → 4
	MED/34	1 → 2						
	MED/41	0 → 5						
	MED/44	5 → 3						
CATANIA	BIO/11	2 → 0	CHIETI	BIO/11	0 → 3	FERRARA	MED/36	11 → 7
	BIO/14	8 → 11		BIO/16	19 → 23		MED/43	4,5 → 7
	MED/02	1 → 4		MED/02	5 → 2		MED/44	4 → 2
	MED/08	13 → 10		MED/07	8,5 → 12		L-LIN/12	0 → 4
	MED/18	29 → 35		MED/09	33 → 22			
	MED/25	2 → 5		MED/18	33 → 25	FIRENZE	BIO/09	20 → 16
	MED/33	1,5 → 4		MED/33	1 → 3		BIO/16	20 → 14
	MED/34	1 → 2		MED/46	0 → 4		BIO/17	9 → 6
	MED/36	4,5 → 7		MED/49	0 V 2		MED/08	6 → 8
	MED/45	8,3 → 0		MED/50	0 → 2		MED/09	42 → 32
	MED/47	2,3 → 0		INF/01	0 → 4		MED/18	21 → 13
	INF/01	0 → 3					MED/33	1 → 3
							MED/41	2 → 4
							L-LIN/12	0 → 4
							INF/01	0 → 3
FOGGIA	MED/09	21,5 → 29	L'AQUILA	MED/02	4 → 1	MESSINA	MED/09	42 → 37
	FIS/07	12,5 → 9		MED/03	1,5 → 5		MED/18	31 → 28
	L-LIN/12	6 → 9		MED/04	18 → 15			
	INF/01	0 → 2		MED/09	18 → 29	MILANO	BIO/13	9 → 6
				MED/10	1 → 3		BIO/14	13 → 10
GENOVA	BIO/12	1 → 2,5		MED/11	2,5 → 7		MED/01	2 → 12
	MED/04	20,5 → 17,3		MED/13	2,5 → 6		MED/04	11 → 17
	MED/05	1 → 2		MED/14	2 → 1		MED/05	3,5 → 1
	MED/07	4,2 → 8,3		MED/15	1,5 → 3		MED/07	4 → 7
	MED/09	40,7 → 36,5		MED/18	17 → 25		MED/08	7 → 10
				MED/19	1 → 3		MED/09	26 → 39
				MED/20	1 → 7		MED/17	2 → 8
				MED/21	1 → 3		MED/24	4 → 2
				MED/24	0 → 5		MED/25	3 → 6
				MED/25	3,3 → 7		MED/26	6 → 9
				MED/26	3,8 → 7		MED/33	3 → 10
				MED/27	1 → 3		MED/35	3 → 7
				MED/33	1,5 → 4		MED/36	4 → 9
				MED/34	1,5 → 3		MED/39	5 → 1
				MED/35	1,5 → 3		MED/43	2 → 5

Tab. 3a - Distribuzione dei CFU ai SSD nelle diverse sedi, nel confronto fra il DM 509/99 e il DM 270,04.

				MED/36	5 → 9		MED/44	2 → 6
				MED/37	0,5 → 3		MED/47	3 → 7
				MED/38	4 → 8		FIS/01	3 → 6
				MED/40	4,5 → 7			
				MED/41	4 → 9			
				MED/42	7 → 12			
				MED/43	0,5 → 3			
				MED/50	0,5 → 2			
				L-LIN/12	0 → 6			
MILANO BICOCCA	BIO/11	5 → 0	MILANO S. RAFFAELE	BIO/09	11 → 17	MOLISE	BIO/09	18 → 14
	MED/01	2 → 6		BIO/13	11 → 7		BIO/11	6 → 3
	MED/11	9,5 → 6		BIO/16	11 → 17		MED/04	14 → 19
	MED/12	9 → 4		MED/33	7 → 4		MED/05	2 → 0
	MED/13	7 → 4		MED/36	11 → 8		MED/09	14 → 26
	MED/14	6 → 3		L.LIN/12	0 → 8		MED/14	2 → 0
	MED/16	6 → 3		INF/01	9 → 2		MED/15	4 → 0
	MED/17	2 → 4					MED/18	12 → 18
	MED/24	4 → 2					MED/26	4 → 6
	MED/25	3 → 5					MED/34	2 → 0
	MED/34	2 → 0					MED/37	2 → 0
	MED/39	5 → 2					MED/44	3 → 1
	MED/42	5 → 9					MED/46	4 → 2
	MED/43	2 → 4					MED/49	2 → 6
	MED/47	3 → 0						
MODENA	BIO/11	8 → 0	NAPOLI FEDICO II	BIO/11	1,4 → 3	NAPOLI II ATENEO NA	BIO/16	21 → 18
	BIO/13	4 → 11		MED/09	49 → 27		BIO/17	3 → 8
	MED/19	0,8 → 2		MED/38	11,6 → 6		MED/09	27 → 18
	MED/34	0 → 2		MED/40	11,4 → 5		MED10	6,2 → 4
	MED/45	3 → 0		MED/41	7,2 → 3		MED/11	6,2 → 4
	MED/48	2 → 0		L-LIN/12	15 → 7		MED/13	6,2 → 4
	MED/49	0 → 1					MED/18	24 → 15
							MED/23	4 → 1
							MED/33	4,7 → 3
							MED/38	6,2 → 4
							MED/39	2,2 → 1
NAPOLI CASERTA	BIO/17	5 → 8	NOVARA	BIO/12	1 → 2	PALERMO	BIO/11	1 → 0
	MED/01	4 → 7		MED/11	18 → 6		MED/01	10 → 3
	MED/12	10 → 6		MED/15	2,5 → 18		MED/02	12 → 3
	MED/17	13,5 → 6		MED/16	1 → 2		MED/07	11 → 7
	MED/23	2,5 → 1		MED/18	4 → 12		MED/09	41 → 20
	MED/24	2,5 → 1		MED/21	8 → 5		MED/14	1,5 → 3
	MED/34	2,5 → 1		MED/25	2 → 6		MED/18	30 → 22
	MED/43	3,5 → 7		MED/28	1 → 2		MED/20	1 → 0
	MED/49	1 → 0		MED/32	1 → 0		MED/25	3,5 → 6
				MED/33	8 → 4		MED/27	1 → 0
PADOVA	MED/06	2 → 1		MED/35	7 → 4		MED/28	1,5 → 3
	MED/07	9 → 12		MED/36	4,5 → 7		MED/34	0,5 → 3
	MED/08	7,5 → 12		MED/38	13 → 10		MED39	1 → 0
	MED/11	2 → 1		MED/40	20 → 13		MED/45	1 → 0
	MED/12	2 → 4		MED/42	3 → 6		MED/46	1 → 0
	MED/13	2 → 1		MED/50	3 → 0		MED/47	1 → 0

Tab. 3b - Distribuzione dei CFU ai diversi SSD in tutte le sedi, nel confronto fra il DM 509/99 e il DM 270,04.

Nota

Il confronto tra l'attribuzione dei CFU ai diversi SSD secondo il DM 509/99 ed il D.M. 270/04 in tutte le sedi è riportato nel sito della Conferenza: www.med.iniupm.it/MedicinaECbrirurgia/

Il consenso informato

Fonti normative e contenuto dell'informazione

Natale Callipari (Roma)

Il consenso informato costituisce oggi un momento imprescindibile dell'attività medica. Esso è la libera accettazione che il paziente esprime ad un determinato trattamento dopo essere stato informato sulle modalità di esecuzione, sui benefici, sugli effetti collaterali, sui rischi prevedibili e sull'esistenza di eventuali alternative.

La mancata espressione del consenso informato determina un'attività arbitraria da parte del medico, essendo una violazione del diritto di decisione del paziente in merito ad interventi sul proprio corpo.

E' importante mettere in evidenza come il principio del consenso informato rappresenti l'espressione del mutamento del rapporto tra medico e paziente. Difatti, il cambiamento della sede del processo decisionale dal medico al paziente, con la necessità di un consenso libero ed informato all'atto medico costituisce il frutto di una evoluzione che da un atteggiamento "paternalistico" del medico è giunto alla cosiddetta "alleanza terapeutica".

Va detto inoltre che il diritto all'autodeterminazione non si identifica con il diritto alla salute. Esso rappresenta, ad un tempo, una forma di rispetto per la libertà dell'individuo e un mezzo per il perseguimento dei suoi migliori interessi, che si sostanzia, appunto, non solo nella facoltà di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma altresì consapevolmente di interromperla, atteso il principio personalistico che anima la Costituzione Italiana, la quale vede nella persona umana un valore etico in sé e ne sancisce il rispetto in qualsiasi momento della sua vita e nell'integrità della persona, in considerazione del fascio di convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche che orientano le sue determinazioni volitive.

In questo nuovo contesto, il consenso informato diventa, quindi, un fattore di espressione della libertà del singolo e si colloca tra i diritti fondamentali riconosciuti dal nostro ordinamento giuridico.

In particolare esso trova fondamento nell'art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali e nell'art. 13 Cost., il quale riconosce l'invulnerabilità della libertà personale, nel cui ambito deve ritenersi ricompresa anche la libertà di salvaguardare la propria salute ed integrità fisica, escludendone ogni restrizione, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e con le modalità previsti dalla legge.

Ed ancora, il principio dell'autodeterminazione del cittadino trova il suo fondamento nell'art. 32, 2° comma, il quale specifica che nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge, la quale non può,

in ogni caso, violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Ulteriore conferma e specificazione del consenso informato si trova nell'articolo 33 della Legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, il quale stabilisce che gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari; qualora previsti, i trattamenti sanitari obbligatori devono comunque rispettare la dignità della persona, i diritti civili e politici, compreso, per quanto possibile, il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Un primo riferimento normativo a livello internazionale in tema di consenso informato si ritrova, invece, nella *Dichiarazione Universale sul genoma umano e i diritti umani*, adottata dall'Unesco l'11 novembre 1997 a Parigi.

L'art. 5 della Dichiarazione universale, dopo aver affermato che ogni ricerca, cura o diagnosi relativa al genoma di un individuo può essere effettuata solo dopo un'analisi rigorosa e preliminare dei rischi e dei vantaggi potenziali collegati, statuisce infatti che:

"... b) in tutti i casi sarà raccolto il consenso preliminare, libero e informato dell'interessato".

Un ulteriore richiamo va fatto alla *"Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea"* – c.d. *Carta di Nizza* – proclamata l'11 dicembre 2000 a Nizza.

Nella Carta di Nizza, invero, si dispone all'art. 3 che: "... Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati: il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge".

Da tale regola si evince come il consenso libero e informato del paziente all'atto medico non vada considerato solo sotto il profilo della liceità del trattamento, ma debba essere considerato prima di tutto come un vero e proprio diritto fondamentale del cittadino europeo, afferente al più generale diritto alla integrità della persona.

Un'ulteriore ed importante regolamentazione specifica del consenso informato è contenuta nella *"Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazione della biologia e della medicina"* adottata ad Oviedo in data 4 aprile 1997 e ratificata in Italia con la Legge 28 marzo 2001 n. 145.

L'art. 5 della citata convenzione di Oviedo afferma che "Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona

interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso”.

Infine, il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) ritiene che il consenso informato costituisca legittimazione e fondamento dell'atto medico e, allo stesso tempo, strumento per realizzare quella ricerca di “alleanza terapeutica” - nell'ambito delle leggi e dei codici deontologici - e di piena umanizzazione dei rapporti fra medico e paziente, cui aspira la società attuale.

In particolare, in un parere del 1992, si specifica che in caso di malattie importanti e di procedimenti diagnostici e terapeutici prolungati il rapporto medico-paziente non può essere limitato ad un unico, fugace incontro. Il medico deve possedere sufficienti doti di psicologia tali da consentirgli di comprendere la personalità del paziente e la sua situazione ambientale, per regolare su tali basi il proprio comportamento nel fornire le informazioni, evitando esasperate precisazioni di dati (percentuali esatte, oltretutto difficilmente definibili, di complicità, di mortalità, insuccessi funzionali) che interessano gli aspetti scientifici del trattamento. In ogni caso, il paziente dovrà essere messo in grado di esercitare correttamente i suoi diritti e, quindi, formarsi una volontà che sia effettivamente tale, rispetto ai rischi ed alle alternative che gli vengono proposte.

I suddetti principi sono stati recepiti dal *Codice di deontologia medica* adottato dalla Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri in data 3 ottobre 1998 ed aggiornato in data 16 dicembre 2006.

Più precisamente in maniera molto dettagliata l'attuale Codice Deontologico, dopo aver affermato all'art. 33, 1° comma, che il medico “deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate”, sancisce l'obbligo di acquisire il consenso informato del paziente (art. 35) o del legale rappresentante nell'ipotesi di minore (art. 37) ed i comportamenti da tenere nell'ipotesi di assistenza d'urgenza (art. 36).

Dall'insieme delle normative sopra richiamate è possibile affermare che, affinché il paziente sia messo in condizione di autodeterminarsi consapevolmente e, dunque, di poter aderire in modo effettivo e partecipato alle scelte terapeutiche che lo interessano, il consenso al trattamento terapeutico e/o chirurgico deve essere necessariamente preceduto da un'adeguata ed esaustiva attività informativa.

Sussiste, invero, in capo al medico un vero e proprio obbligo di informare il paziente, il cui adempimento rappresenta un elemento imprescindibile per l'esercizio dell'arte.

Va detto, innanzitutto, che un consenso opportunamente informato non può certamente ritenersi

esistente e validamente rilasciato per il solo fatto che il paziente abbia sottoscritto un apposito modulo prestampato, sottoscrizione che non può essere in alcun modo intesa come volta ad attestare la corretta informazione sulle modalità del trattamento da eseguire.

In ogni caso, come più volte affermato anche dalla giurisprudenza, la firma di un eventuale modulo prestampato non può mai ridursi ad atto formale, teso in via prioritaria a precostituire una dichiarazione di esonero di responsabilità. La sottoscrizione di quei moduli dovrebbe, invece, costituire il momento finale, di revisione e ripensamento del dettagliato processo informativo che il medico avrebbe dovuto svolgere per rendere edotto e consapevole il paziente della decisione che si sarebbe assunto autorizzando le cure.

Pertanto, affinché si possa ritenere sussistente un valido consenso informato, è necessario che il sanitario informi il paziente in modo completo e chiaro sullo scopo sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze ed i suoi rischi.

È bene mettere in evidenza, innanzitutto, che l'informazione deve essere chiara ed esauriente, che dia conto al paziente dei rischi specifici e dei vantaggi connessi all'attività medica che si vorrà porre in essere, idonea a fornire al paziente stesso ogni elemento utile per una ragionevole decisione.

In tal senso depone, infatti, l'art. 13 della Costituzione, allorché afferma il principio dell'inviolabilità della libertà individuale, ma anche e soprattutto il sopra richiamato secondo comma dell'art. 32 della Costituzione, laddove disponendo che neppure la legge può in “nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”, eleva la dignità dell'uomo a valore prevalente rispetto ad ogni attività medica.

In buona sostanza, l'informazione deve essere tale da mettere il paziente in condizione di decidere sull'opportunità di procedere all'intervento medico o di ometterlo, attraverso il bilanciamento di vantaggi e rischi.

La giurisprudenza ha, tuttavia, puntualizzato che non è necessario che il sanitario provveda ad una lezione di scienza medica, ma sarà suo compito fornire in maniera semplice tutti i chiarimenti necessari al fine di ottenere un valido consenso; pertanto il professionista non sarà tenuto a spiegare dettagliatamente i mezzi tecnici adoperati, mentre sarà tenuto ad illustrare la differenza tra due cure tecnicamente diverse, la cui scelta spetta al paziente.

Difatti, un'informazione realmente completa e veritiera sarebbe assurda ed ingestibile perché sprovvista di una qualsiasi attenzione verso il destinatario. Il malato non vuole certo appropriarsi delle competenze mediche, né colmare l'inevitabile divario di conoscenze scientifiche, con la conseguenza che l'informazione eccessivamente tecnica rischia di diventare

non solo asettica, perché filtrata attraverso la griglia della razionalizzazione con totale esclusione dello scambio emozionale, ma anche ansiogena, in quanto incomprensibile.

Ne consegue che il diritto ad essere informati non può essere applicato in modo assoluto tanto da porsi in danno della persona che quel diritto intende tutelare nella forma più ampia e piena.

È impensabile, pertanto, prospettare un obbligo informativo esteso a tutti gli aspetti tecnici dello stato di salute del paziente perché ciò potrebbe pregiudicare la tranquillità del paziente stesso.

Il contenuto dell'obbligo informativo potrebbe essere individuato tramite l'adozione di un criterio soggettivo ponderato dal parametro della ragionevolezza. Sarà rimesso alla prudenza ed alla sensibilità del medico il compito di stabilire come e quando informare il paziente, essendo indubbio che in alcuni casi la gradualità dell'informazione è indispensabile per evitare traumi psicologici o reazioni inattese.

Il medico dovrà evitare sia di nascondere le conseguenze che potrebbero derivare dal trattamento, sia di creare inutili allarmismi nel paziente con la prospettazione di rischi improbabili che lo potrebbero indurre ad evitare di sottoporsi anche ad un ordinario intervento.

Ed infatti la giurisprudenza più recente ha affermato che l'obbligo informativo si estende ai rischi prevedibili e non anche agli esiti anomali, non potendosi disconoscere che l'operatore sanitario deve contemperare l'esigenza di informazione con la necessità di

evitare che il paziente, per una qualsiasi remotissima ma possibile eventualità, eviti di sottoporsi anche ad un banale intervento.

Il contenuto dell'obbligo di informazione non investe, tuttavia, soltanto i rischi oggettivi e tecnici in relazione alla situazione soggettiva ed allo stato dell'arte della disciplina, ma anche sulla stato di efficienza e al livello di dotazioni della struttura sanitaria in cui presta la sua attività, e si traduce in un ulteriore dovere di informazione del paziente, affinché lo stesso possa essere messo in condizione non soltanto di decidere se sottoporsi o meno all'intervento, ma anche se farlo in quella struttura ovvero chiedere di trasferirsi in un'altra.

Nel momento in cui il medico, dunque, sia a conoscenza del rischio che potrebbe realizzarsi a danno del paziente a causa di un deficit organizzativo o strumentale, ovvero a causa della mancanza di personale con una specializzazione adeguata alla delicatezza del caso concreto, ha il dovere di informare il paziente di tale carenza e di indicargli una struttura alternativa ove non ricorra l'urgenza.

Ciò in quanto il medico, consapevole che per le particolari condizioni del paziente è necessario l'utilizzo di una particolare attrezzatura ed ometta d'informare lo stesso che quello strumento non è utilizzabile, espone il paziente ad un inutile rischio, agevolmente evitabile con un ricovero presso altra struttura sanitaria vicina dotata della apparecchiatura idonea a scongiurare, con un discreto margine di probabilità, il rischio.



I requisiti minimi

Paolo De Angelis (Bologna)

1. *La normativa di riferimento*
2. *Le questioni irrisolte*
3. *Segue: le questioni irrisolte, in particolare i requisiti di docenza*
4. *Conclusioni*

1. La normativa di riferimento

Recentemente il Legislatore utilizza, di frequente e nei più svariati campi, frasi come “requisiti minimi” o similari per intendere quel minimo (di attività, servizi, beni, etc.) che devono essere garantiti in modo uniforme sul territorio nazionale.

Nell'ambito universitario, il Legislatore è intervenuto negli ultimi anni ripetutamente in materia di “requisiti minimi”¹ intesi, nello specifico, come quell'insieme di risorse che devono essere possedute dai Corsi di Laurea affinché gli stessi possano essere istituiti o, se già istituiti, possano essere annualmente attivati.

Per poter correttamente affrontare l'articolata questione ritengo utile partire dalla descrizione del quadro generale dello stato dell'arte a livello di normativa per affrontare successivamente e più nel dettaglio alcuni temi particolarmente “caldi” in materia.

Si rende innanzitutto necessaria una breve premessa in merito al DM 3 novembre 1999 n. 509, a cui sono stati affidati compiti ambiziosi in vista dei quali è stata attribuita alle Università anche l'autonomia didattica, preconizzata nella L. 168/89 ma sino ad allora mai resa attuativa.

L'obiettivo perseguito con il DM 509/99 è stato, in primo luogo, quello di favorire la convergenza del sistema d'istruzione italiano con quello europeo; quindi il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'offerta formativa; infine, e di conseguenza, la riduzione del tasso di abbandono.

Come noto, però, sono stati diversi e notevoli gli effetti “collaterali” alla riforma, tanto da sancirne esiti quasi fallimentari ai quali si è tentato di porre rimedio, anche, con l'introduzione dei requisiti minimi.

Ed infatti, i corsi di Laurea, di cui alcuni con pochissimi studenti, sono aumentati drasticamente e con

Il contributo costituisce la redazione in forma scritta della relazione svolta a Portonovo di Ancona venerdì 10 settembre 2010 nel corso del meeting d'autunno della Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie.

Il paragrafo 4 (rubricato Conclusioni) tiene, però, conto del Decreto Ministeriale 22 settembre 2010, n. 17, non ancora emanato alla data di svolgimento della relazione.

essi anche gli insegnamenti e le sedi didattiche sono specularmente cresciute in una prospettiva di delocalizzazione.

Le ragioni del fallimento sono state, nel tempo, addebitate a fattori tra loro diversi, esterni o interni: ora il mancato o insufficiente coinvolgimento degli ordini professionali; ora la scarsità delle risorse finanziarie messe in campo dal Ministero; ora la scarsa lungimiranza dell'Università (fattore questo che, in contrapposizione ai precedenti, potremmo additare come il fattore “interno” degli esiti fallimentari della riforma).

Questa premessa è utile per comprendere meglio la storia dei requisiti minimi, nati per perseguire finalità svariate che andavano dal miglioramento della qualità, dell'efficacia e della coerenza dell'offerta formativa, alla correzione dei problemi interni; dall'ampliamento della mobilità studentesca all'introduzione della competizione fra Università.

Questa pluralità di finalità ha trovato corrispondenza in diverse azioni, a partire dal miglioramento della comunicazione agli studenti, a cui si è poi aggiunta l'assicurazione della qualità dei processi formativi e la regolazione dell'utilizzo delle risorse di docenza e delle risorse dimensionali².

Di recente, i requisiti minimi hanno trovato ulteriore specificazione in una nota ministeriale (n. 160/09), solo recentemente (e peraltro solo in parte) tradotta in atto normativo, che persegue, quali obiettivi, la sostenibilità dell'offerta formativa in termini di risorse; la libera circolazione degli studenti; l'offerta formativa qualificata e coerente con l'Unione Europea.

Tale direttiva contribuisce alla migliore definizione dei requisiti minimi, che non vanno intesi come standard di qualità, bensì come freno alla proliferazione dell'offerta formativa (si prevede, ad esempio, la disattivazione dei corsi di laurea con pochi studenti e il divieto di creare insegnamenti con meno di 6 CFU) e irrigidimento delle disposizioni in termini di requisiti di docenza.

Come anticipato, solo nell'autunno di quest'anno è stato da ultimo emanato il DM 22 Settembre 2010, n. 17, “*Requisiti necessari dei corsi di studio*”, che subordina l'attivazione annuale dell'offerta formativa degli Atenei statali e non statali a cinque diversi requisiti (art. 2).

Nell'elencazione dei “requisiti necessari” figurano:

- i requisiti di trasparenza e le condizioni necessarie per una corretta comunicazione rivolta agli studenti e a tutti i soggetti interessati relativamente alle caratteristiche dei corsi di studio attivati (art. 2, punto 1, lett. A);

- i requisiti per la assicurazione della qualità dei processi formativi (art. 2, punto 1, lett. B).

- la necessità dei requisiti di strutture e di docenza di ruolo che devono essere disponibili per sostenere i corsi e il grado di copertura necessario relativamente ai settori scientifico-disciplinari che caratterizzano tale docenza (art. 2, punto 1, lett. C);

- la necessità di regole dimensionali relative agli studenti sostenibili per ciascun corso di studio (art. 2, punto 1, lett. D);

- il riferimento ai requisiti organizzativi necessari a garantire la razionale organizzazione e la effettiva sostenibilità dei corsi di studio (art. 2, punto 1, lett. E).

Tali requisiti sono, per espressa previsione, preordinati ad indirizzare le azioni delle Università statali e non statali nel processo di definizione della propria offerta formativa; offerta che deve articolarsi in tre fasi: 1. progettazione e riprogettazione dei corsi di studio, 2. definizione delle attività correlate alla loro attivazione, 3. funzionamento effettivo del corso, anche ai fini dell'attribuzione delle risorse ministeriali (art. 2, punto 2, lett. A, B, C).

2. Le questioni irrisolte

Tanto premesso, mi soffermerò nel prosieguo sull'approfondimento di alcune questioni specifiche particolarmente rilevanti e controverse.

Esse attengono:

1. al numero di ore da garantire all'interno di ciascun credito formativo;

2. al vincolo in Crediti Formativi Universitari (da ora CFU) da attribuire a ciascun insegnamento;

3. ai requisiti di docenza.

Si tratta di tematiche in cui assumono un ruolo essenziale sia la necessità di uniformarsi alle regole comuni sia l'opportunità di garantire le specificità delle professioni sanitarie. Due aspetti questi la cui coniugazione non è né semplice né immediata.

1) Quanto al numero di ore da garantire all'interno di ciascun credito formativo, ritengo che, laddove possibile, sia preferibile adottare un numero uniforme di ore per tutte le classi delle professioni sanitarie. Ciò non solo per favorire le mutazioni, ma anche per ragioni di coerenza interna del sistema.

2) Quanto al vincolo in CFU, il Senato Accademico di Bologna aveva concesso ai CdL delle professioni sanitarie una deroga che consentiva la creazione di insegnamenti anche di soli 4 CFU, in accoglimento della mozione della Conferenza Permanente delle classi di Laurea delle Professioni sanitarie del 17-18 Ottobre 2009. A seguito dell'emanazione del DM 17/10, però, tale deroga è stata ritirata e solo a seguito di una lunga trattativa si è previsto che si potesse derogare ai 6 CFU ma solo laddove la riduzione della frammentazione fosse stata nel complesso molto cospicua.

3) Particolarmente controversa è la questione relativa ai requisiti di docenza. Chiariamo, innanzitutto, che i requisiti di docenza sono tre:

a) un requisito, cd. *requisito quantitativo*, che attiene al numero dei docenti dedicati (all. B, punto 1, DM 544/07);

b) un requisito, cd. *requisito qualitativo*, relativo al livello di copertura dei settori scientifici disciplinari (all. B, punto 2, DM 544/07);

c) un requisito, cd. *terzo requisito*, che si riferisce al numero dei CFU/insegnamenti tenuti da Professori universitari sul totale degli insegnamenti del Corso (art. 2, c. 2, DI 19 Febbraio 2009 – rubricato Determinazione delle classi dei corsi di laurea per le professioni sanitarie, ai sensi del D.M. 22 Ottobre 2004, n. 270).

Circa i primi due requisiti, come anticipato, il D.M. 544/07 detta in proposito esplicita disciplina (art. 4 "requisiti dei docenti" e allegato B, punti 1 e 2) ma, al contempo, ne esclude l'applicabilità alle lauree delle professioni sanitarie in considerazione delle precipue finalità professionalizzanti loro proprie che giustificano un significativo apporto di docenza non universitaria (art. 12, c. 2). Pertanto, si è sempre ragionevolmente dedotta l'applicabilità delle disposizioni precedenti, ossia quelle del DM 15/2005 che contiene il primo e il secondo requisito, ma non anche il terzo. In base al citato decreto del 2005, al primo requisito, ovvero al numero dei docenti dedicati, corrispondono 5 docenti per il primo CdL della classe e 4 per gli altri; mentre al secondo requisito corrisponde il 40% di copertura dei SSD.

I requisiti minimi del 2005 facevano riferimento, però, alle classi di laurea attuative del DM 509/99 mentre ora ci sono le classi attuative del DM 270/2004.

Inoltre, per quanto riguarda il terzo requisito, l'art. 2, c. 2 del decreto del Febbraio 2009 sulle classi dei corsi di laurea, stabilisce che almeno il cinquanta per cento degli insegnamenti previsti dagli ordinamenti didattici siano affidati a professori e ricercatori universitari³. Tuttavia tale decreto nulla dice sugli altri due requisiti, e altrettanto silenzio vi è nel decreto sulle lauree non sanitarie; a questa scelta legislativa (ammesso che di scelta si tratti e non di lacuna normativa) possono essere date letture diverse. Ad esempio, può essere dato per scontato che si applichi ancora il testo del 2005 oppure che si applichi la nota 160/2009. O addirittura potrebbe dedursi l'applicabilità del solo terzo requisito.

3. Segue: le questioni irrisolte, in particolare i requisiti di docenza

Alla luce di quanto da ultimo esposto, in merito ai requisiti di docenza si rende necessaria qualche ulteriore precisazione e chiarimento.

Innanzitutto, in merito all'applicabilità dei tre requisiti di docenza; ma anche altri aspetti si appalesano particolarmente controversi. Proverò a elencare qui di seguito alcuni dubbi con la loro possibile soluzione.

1. Viene da chiedersi, innanzitutto, se debba ancora considerarsi il c.d. secondo requisito, e cioè il legame con il settore scientifico disciplinare.

2. Poi, viene ancora da chiedersi quante volte possa essere conteggiato un docente (fino a due volte, si potrebbe rispondere, come avviene per le lauree non sanitarie, ma è solo una deduzione che non esclude le altre).

3. Ancora, ci si domanda perché si parla di Professori universitari e non più di Professori di ruolo.

4. Infine, può sorgere il dubbio di come si calcoli il 50% degli insegnamenti.

Nel silenzio normativo, la strada migliore per trovare una risposta è quella di ricorrere ai tre criteri giuridici di interpretazione – letterale, analogica, sistematica – attraverso cui pervenire ad alcune proposte di soluzione.

1. Circa il primo dubbio – utilizzando un'interpretazione analogica –, ritengo che il legame con i SSD debba essere mantenuto nella misura del 40% (a mio avviso) o del 50%, escludendo sicuramente che per le lauree sanitarie non si applichino i primi due requisiti (specificità sì, anarchia no).

2. Quanto al secondo dubbio – utilizzando un'interpretazione sistematica –, la soluzione che propongo è la medesima, poiché non applicare questo conteggio sarebbe contrario alla *ratio* della nota 160/2009.

3. Circa il terzo dubbio inerente i fuori ruolo – utilizzando un'interpretazione letterale –, ritengo che nel testo manchi la specifica indicazione solo perché trattasi, ormai, di categoria non più esistente.

4. Maggiormente complesso è il quarto e ultimo dubbio inerente il terzo requisito di docenza. A mio avviso il terzo requisito è l'elemento modificato dal Decreto sulle classi che costituisce elemento di specificità delle professioni sanitarie. Parlare del 50% degli insegnamenti, infatti, costituisce un elemento di maggiore flessibilità rispetto alla dicitura presente nel Decreto sulle classi non sanitarie, dove si parla del 50% dei CFU. Come è intuibile facendo alcuni semplici esempi, se si applica il criterio del 50% dei CFU, si deve attribuire un minimo di 60 CFU ai professori universitari. Diversamente, se si applica il criterio del 50% degli insegnamenti, il numero minimo di CFU da attribuire a professori universitari si riduce a circa 36.

4. Conclusioni

Le quattro proposte di soluzione ai quattro dubbi sopra riportate sono state, da ultimo, confermate con il recente DM 17/2010.

Il DM 17, che costituisce in buona sostanza l'attesa trasposizione normativa della nota 160/09, nell'allegato B disciplina quelli che abbiamo definito come "requisiti di docenza" ma, all'art. 12, c. 3, sancisce espressamente che "... In attesa della definizione, sentita l'ANVUR, di appositi requisiti, per le classi riguardanti i corsi di studio relativi alle professioni sanitarie, al servizio sociale, alle scienze motorie, alla mediazione linguistica e alla traduzione e interpretariato - in considerazione delle relative precipe finalit  professionalizzanti, per le quali   previsto un apporto significativo di docenza non universitaria - sono confermati i requisiti di docenza di cui al D.M. n. 15/2005 e successive modificazioni, fermo restando il possesso dei requisiti di cui agli art. 3, 4, 7, 8 e 9 del presente decreto, nonch , per i corsi di studio delle professioni sanitarie, dall'art. 2, comma 2, dei D.I. (Istruzione, Universit  e Ricerca - Lavoro, Salute e Politiche Sociali) 19 febbraio 2009 e D.M. 8 gennaio 2009 ...".

Dunque il DM 17, riconoscendo la specificit  delle professioni sanitarie, conferma per esse l'applicazione dei requisiti di docenza stabiliti nel DM 15/05 nonch  di quelli contenuti nell'art. 2, comma 2, dei DI (Istruzione, Universit  e Ricerca - Lavoro, Salute e Politiche Sociali) 19 febbraio 2009 e DM 8 gennaio 2009. Pertanto, saranno applicabili:

1. quanto al cd. requisito quantitativo, l'allegato 1, tabella 1, riga 2, del DM 15/05 (5 docenti per il primo corso della classe, 4 docenti per i successivi corsi);

2. quanto al cd. requisito qualitativo, l'allegato 1, ultima parte, del DM 15/05 (40% di copertura);

3. quanto al cd. terzo requisito, l'art. 2, c. 2, del DI 19 Febbraio 2009 (50% degli insegnamenti previsti dagli ordinamenti didattici).

1) Solo per citare qualche testo normativo, pu  farsi riferimento a: Decreto Ministeriale 15/05; Documento 7/07 MIUR; Decreto Ministeriale 544/07; Decreto Ministeriale 10/06/08; Decreto Ministeriale 19/02/09; Nota 160/09 MIUR; Decreto Ministeriale 17/10.

2) Nello specifico: gli indicatori di efficienza sono contenuti nell'allegato A del DM 544/07; gli indicatori di efficacia sono contenuti nell'allegato A del DM 544/07; gli indicatori inerenti le risorse sono contenuti nell'allegato B del DM 544/07; gli indicatori di trasparenza sono contenuti nel DM 10/06/08.

3) Sono escluse dal calcolo del cinquanta per cento le attivit  di tirocinio, ovvero i 60 CFU professionalizzanti.

Valutazione “formativa”

Nuovi attrezzi per la nostra cassetta

Luciano Vettore (*Verona*), Pietro Gallo (*Roma, Sapienza*), Fabrizio Consorti (*Roma, Sapienza*), Carlo Della Rocca (*Roma, Sapienza*), Giuseppe Familiari (*Roma, Sapienza*), Oliviero Riggio (*Roma, Sapienza*), Alfred Tenore (*Udine*), Gianluca Vago (*Milano*), Rosa Valanzano (*Firenze*), Sonia Visioli (*Milano*), per la Commissione per la innovazione didattica e pedagogica della CPPCdLM

Com'è oramai tradizione, diamo relazione dei lavori svolti nel mini-atelier pedagogico sulla valutazione “formativa”, tenutosi a Portonovo di Ancona durante il 98° incontro della Commissione permanente dei Presidenti di CdLM in Medicina, questa volta con la presenza anche di responsabili dei CdL delle Professioni sanitarie.

Cominciamo con la premessa, che come al solito ha preceduto il lavoro di elaborazione in piccolo gruppo delle differenti tematiche, lavoro a sua volta seguito dalla discussione in plenaria dei risultati dei gruppi e da una sintesi propositiva finale.

Cos'è e a cosa serve la valutazione “formativa”?

(Luciano Vettore)

Alla risposta a questa domanda è forse opportuno far precedere le molteplici risposte alla domanda più generale: perché valutare? Innanzi tutto per misurare il grado di apprendimento, ma nel contempo per motivarlo, perché ciò che non si valuta generalmente viene svalutato; ma anche per misurare le competenze e per correggere *in itinere* i processi sia di apprendimento che di insegnamento, qualora i risultati non siano soddisfacenti, perché proprio dalla valutazione possono venire informazioni molto utili sull'efficacia dell'impegno sia dei docenti che degli studenti; e infine, la valutazione serve per selezionare i discenti premiando i migliori, per misurare e tutelare il prestigio dell'Istituzione e per proteggere la Società dagli incompetenti.

È constatazione comune che tutti i discenti, anche quelli adulti, studiano – si potrebbe dire *naturaliter* - in vista di un risultato e imparano soprattutto ciò che può facilitarne il conseguimento. Inoltre, tutti noi impariamo molto dagli errori: si potrebbe anzi dire che la correzione dell'errore è una delle fonti più affidabili di un apprendimento non “volatile”, purché l'errore venga trattato in modo efficace; con ciò s'intende dire che l'errore deve essere rilevato nella sua essenza, ma rilevarlo non significa punirlo (come spesso purtroppo ancora avviene nella scuola italiana); in questa ottica la così detta valutazione formativa gioca un ruolo fondamentale come strumento di apprendimento.

Una valutazione “virtuosa”, cioè capace di raggiungere efficacemente i suoi fini, mobilita altri processi utili: la motivazione ad apprendere, la gratificazione personale che deriva dai buoni risultati e rinforza la motivazione, e l'etica della responsabilità, che porta il discente a farsi carico della propria formazione, ma richiede anche che egli diventi consapevole delle proprie competenze come dei propri limiti.

Per una valutazione “virtuosa”

Per fornire modalità “virtuose” di valutazione è necessario tuttavia che sia chiara ai docenti (oltre che ai discenti) la qualità dell'apprendimento che si ritiene necessario realizzare; non è infatti la stessa cosa se l'apprendimento è finalizzato alla sola memorizzazione delle nozioni teoriche apprese verificata alla conclusione del corso, oppure se si vuole che nuove competenze e abilità siano acquisite in modo permanente con la capacità di applicarle in contesti concreti e mutevoli.

Bisogna anche tenere in considerazione le differenze tra adulti e soggetti ancora in età evolutiva nella percezione del senso e dei fini della valutazione: il bambino e l'adolescente tollerano la valutazione esercitata da chi ne ha l'autorità come una necessità non gradita ma non evadibile (l'unica cosa che la può addolcire è la capacità individuale di valorizzare la visibilità di ciò che si sa e di minimizzare le carenze anche con mezzi non trasparenti); l'adulto, invece, ha la capacità di autovalutarsi in modo responsabile ed esige che i successi abbiano un pubblico riconoscimento e diano luogo a un miglioramento oggettivo e visibile dei risultati che si possono conseguire grazie alla sua competenza.

Le molteplici facce della valutazione

La valutazione dell'apprendimento può essere (Tab. 1), a seconda delle finalità, certificativa o formativa.

La *valutazione certificativa* ha il fine primario di proteggere la Società dagli incompetenti; nel fare ciò classifica i discenti e influisce sulla loro carriera. Generalmente si colloca alla conclusione di un ciclo di apprendimento, anche se sarebbe molto più efficace se fosse in grado di verificarne i risultati a distanza dall'evento formativo; ma ciò, purtroppo, è più difficile da realizzare nella pratica. In altri termini, la valutazione certificativa ha lo scopo di garantire i risultati dell'apprendimento e le sue ricadute nell'attività dei professionisti, la quale ha sostanzialmente come fine la tutela della salute dei singoli e delle popolazioni.

La *valutazione formativa* ha scopi più numerosi e

Caratteristiche	Formativa	Certificativa
Quando?	Continua	Finale
Cosa?	Tutto e tutti	Solo i discenti
Controlla l'iter formativo?	SI	NO
Valuta la qualità didattica e i docenti?	SI	NO (Si solo in valutazioni oggettive)
Come?	Approccio qualitativo complesso	Approccio quantitativo
Perché?	Migliorare il processo di apprendimento	Certificare l'acquisizione del titolo

Tab. 1 - Caratteristiche della valutazione formativa e certificativa.

complessi, che si possono riassumere nei seguenti:

- informa il discente sul suo grado di apprendimento;
- valuta *in itinere*, senza conseguenze sul risultato finale, i progressi e il profitto;
- fa adattare le attività di apprendimento al progresso ottenuto o alla sua mancanza;
- aiuta il discente nello studio e nella richiesta di aiuto;
- fornisce al docente utili informazioni sull'efficacia della sua didattica e lo aiuta a modificarla;
- arricchisce la relazione tra docenti e discenti.

Per essere veramente efficace questa tipologia formativa non deve essere mai usata per sanzionare un risultato perché, in sintesi, il suo scopo è quello di stimolare le energie positive dei discenti e dei docenti: cioè la curiosità, che il primo motore dell'apprendimento, e la motivazione a migliorare se stessi e il proprio operato.

Fanno parte della valutazione formativa anche:

- l'autovalutazione, che stimola e fa crescere il pensiero critico;
- la valutazione tra pari, che è strumento efficace dell'apprendimento cooperativo; questa è accettata più volentieri dai discenti perché non comporta sanzioni per gli errori e può a sua volta facilitare l'autovalutazione.

Le differenze tra formazione certificativa e formativa sono riportate sinteticamente nella tabella 1.

Gli strumenti della valutazione certificativa sono molteplici e articolati in relazione ai contesti, ma sono comunque finalizzati all'equità e all'oggettività. Nella valutazione formativa possono essere usati, ma con finalità diverse, molti degli strumenti della valutazione certificativa:

- esame orale e quiz
- griglie di osservazione e OSCE
- "triple jump"
- soluzione di problemi
- mappe concettuali
-

Nuovi "attrezzi" per la valutazione formativa

Nuovi attrezzi possono entrare nella nostra cassetta: al loro approfondimento sono stati incaricati i lavori di gruppo, per ciascuno dei quali si riportano in successione risultati.

1) IL PROGRESS TEST COME STRUMENTO DI VALUTAZIONE FORMATIVA: POTENZIALITÀ E SVILUPPI (Alfred Tenore e Rosa Valanzano)

Il *progress test* (PT) consiste in una modalità di valutazione progressiva, caratterizzata da un contenuto non legato a un corso specifico e che riflette in modo completo gli obiettivi formativi del curriculum.

Tecnicamente l'allestimento del PT prevede l'identificazione delle aree oggetto dell'esame, divise per disciplina o per apparati/sistemi (o secondo altri criteri), con la possibilità di collocare le domande in un contesto clinico (preferibile) o al di fuori di esso. La valutazione potrà poi considerare solo le risposte

corrette o penalizzare quelle sbagliate

Il PT viene somministrato in maniera uguale a tutti gli studenti dei vari anni di corso, al fine di seguire l'evoluzione delle conoscenze di ciascuno studente nel progredire degli studi. Questa metodica valutativa evita che lo studio sia finalizzato soltanto al superamento dell'esame, incentiva l'integrazione delle conoscenze e orienta la preparazione verso il livello di conoscenze e competenze essenziali (core), favorendone l'integrazione. Il riscontro dell'efficacia didattica diviene agevole, con la conseguente identificazione dei contenuti essenziali e degli strumenti didattici adeguati.

In tal modo si possono individuare le carenze del singolo studente e orientare le sue esigenze formative; nel contempo vengono evidenziate le eventuali criticità di un dato corso o docente. L'ampia disponibilità di dati acquisibili consente di attuare ricerche indirizzate a cambiamenti del curriculum, allo sviluppo dei programmi e al miglioramento della valutazione.

Da quanto brevemente illustrato si evince quanto il PT possa influenzare l'organizzazione e la metodologia didattica, imponendo una reale ed imprescindibile integrazione verticale e orizzontale, che porti lo studente a una visione completa e unitaria della persona malata.

Nel lavoro di gruppo sono stati analizzati gli aspetti organizzativi, tecnici e pedagogici del PT, in funzione di una sua applicazione omogenea e condivisa in tutti i Corsi di Laurea.

È stato concorde l'auspicio che la partecipazione al PT sia obbligatoria, con somministrazione annuale o semestrale di domande a scelta multipla costruite all'interno di un contesto clinico, al fine di un'immediata e continua integrazione verticale e trasversale. È rimasta aperta la possibilità di considerare solo le risposte corrette, oppure di penalizzare quelle sbagliate, o ancora di prevedere anche la risposta "non so".

I risultati devono essere comunicati allo studente e ai docenti in modo da permettere a entrambi di identificare le proprie criticità e così di attuare le conseguenti azioni di miglioramento. Unanime consenso è stato infatti espresso sul fatto che tale metodica valutativa costituisca la più immediata ed efficace azione per una reale integrazione inter ed intradisciplinare.

La possibilità concreta che anche l'esame di abilitazione professionale possa svolgersi con tale tipo di valutazione costituisce sicuramente un ulteriore stimolo a un contemporaneo adeguamento della formazione e della valutazione.

2) IL "PORTFOLIO" COME STRUMENTO DI VALUTAZIONE FORMATIVA: POTENZIALITÀ E SVILUPPI (Sonia Visioli e Gianluca Vago)

Il *portfolio* è stato definito come una documentazione che il professionista prepara al fine di dimostrare le proprie competenze e conoscenze, acquisite generalmente in un determinato periodo di tempo.

Relativamente al ruolo del *portfolio* in ambito medico e in particolare sul suo utilizzo nella formazione prelaurea, nel lavoro del gruppo si è rilevato che il portfolio,

in quanto documentazione degli apprendimenti raggiunti, non corrisponde e non si sovrappone completamente e necessariamente al curriculum degli studi. Sono state condivise con il gruppo le finalità principali dell'introduzione del *portfolio* nei corsi di laurea, intendendolo quale strumento utile ai fini del monitoraggio degli apprendimenti nei contesti reali, e in particolare nella valutazione degli apprendimenti legati ad attività professionalizzanti, dello sviluppo di capacità di riflessione e ricostruzione di una esperienza.

Si è concordato che il *portfolio* possa contenere qualunque documentazione in grado di produrre appropriate evidenze degli apprendimenti, purché in riferimento a esperienze dirette di chi lo compila e ad apprendimenti cardine.

Dalla discussione con il gruppo è emerso che in alcuni contesti alcuni dei partecipanti avevano, pur con modalità diverse e in modo parziale, utilizzato ai fini della valutazione degli studenti una documentazione che poteva rientrare concettualmente all'interno della definizione del *portfolio*, sebbene la documentazione prodotta dagli studenti non sia mai stata indicata con il nome di portfolio.

Sempre dalla discussione con il gruppo è emerso che, pur essendo la comprensione dei presupposti pedagogici dello strumento chiara e immediata, la fase di reale implementazione e progettazione di un *portfolio* nei contesti formativi può risultare più problematica. Questo in quanto, come è stato sottolineato nel *workshop*, il *portfolio* è uno strumento contestuale e quindi dovrebbe essere costruito a misura della realtà formativa in cui viene utilizzato.

Accanto al tema della progettazione dello strumento, un nodo problematico particolarmente sentito e riscontrato durante la discussione sull'introduzione del *portfolio* nei corsi di laurea è stato quello relativo alla formazione e al reclutamento dei supervisori/valutatori.

Un elemento che il gruppo ha riconosciuto come particolarmente utile nell'utilizzo del *portfolio* è stata la potenzialità dello strumento nel rendere visibili gli apprendimenti degli studenti, i contesti di apprendimento e la possibilità che esso offre di valutare apprendimenti integrati e complessi.

Da queste considerazioni è emersa la necessità di approfondire maggiormente le tematiche legate al *portfolio*, ad esempio attraverso il confronto tra esperienze già presenti all'interno dei corsi di laurea.

3) IL "FEEDBACK" COME STRUMENTO DI VALUTAZIONE FORMATIVA: POTENZIALITÀ E SVILUPPI (Oliviero Riggio e Carlo Della Rocca)

Preliminarmente al lavoro di gruppo è stato discusso il significato del *Feedback* in termini di "strumento per restituire informazioni e non giudizi"¹ e ne è stata delineata anche la metodologia applicativa¹.

¹ Riggio, O.: Il feedback come strumento formativo. Potenzialità e applicazioni nel Corso di Laurea in Medicina. Med. Chir. 49, 2151-2154, 2010.

Oggetto del lavoro di gruppo sarebbe dovuto essere la costruzione di un esempio di *feedback* sul processo e un esempio di *feedback* sul prodotto, utilizzabili nell'attuale situazione dei CLMMC, definendo:

- il contesto (aula, piccolo gruppo, a tu per tu);
- l'applicabilità nei corsi clinici e pre-clinici;
- il grado di *performance*;
- la tecnica più adeguata.

In realtà, nel tentativo di costruire un vero esempio sono emerse una serie di problematiche che hanno nei fatti trasformato il lavoro in un'analisi puntuale di ciò che è attualmente inteso e utilizzato come *feedback* nelle varie realtà rappresentate e in quello che potenzialmente esso potrebbe rappresentare in rapporto alla sua reale applicabilità.

In sostanza è risultato che attualmente il *feedback* è utilizzato in forma "monca" in quanto:

- è privo di mandato esplicito;
 - non è preceduto da una definizione inequivocabile dello standard;
 - non contiene momenti dedicati;
 - genera un ritorno generico senza specifiche raccomandazioni;
 - spesso si limita ad un *autofeedback*.
- Circa la reale applicabilità è stato rilevato che:
- è dipendente dalle risorse umane (numero di docenti e tutor) e dalle risorse strutturali;
 - non esiste un limite di anno di corso;
 - il numero degli studenti può essere un fattore limitante per alcune tipologie di *feedback*;
 - diversi tipi di feedback sono applicabili in diversi contesti (aula, piccoli gruppi, *one to one*);
 - il miglior compromesso tra fattibilità concreta nell'attuale situazione dei CdL e resa dello strumento *feedback* si attua nell'applicazione nella didattica a piccoli gruppi;
 - è necessaria la formalizzazione dell'applicazione empirica, e in tal senso:

- è richiesta la definizione di standard di riferimento condivisi,
- è necessaria l'esplicitazione (scritta) del mandato,
- la tecnica utilizzata è cruciale per l'efficacia del mezzo e dovrebbe essere messa in atto partendo dal rinforzo positivo,
- è necessario, infine, formare competenze specifiche negli operatori/formatori/valutatori.

4) IL "LEARNING CONTRACT" COME STRUMENTO DI VALUTAZIONE FORMATIVA: POTENZIALITÀ E SVILUPPI (F. Consorti e G. Familiari)

I "contratti di apprendimento" sono un metodo di formazione che mira alla individualizzazione del percorso formativo, alla promozione dell'autonomia del discente e allo sviluppo di un'attitudine alla formazione continua, fondata su di un impegno attivo nella propria autoeducazione. I contratti sono fondati sul concetto di *self-directed learning* proprio della *andragogia*, cioè di quel modello pedagogico che fu

sviluppato da Malcom Knowles negli anni '70 come pedagogia degli adulti.

Le assunzioni su cui si basa l'*andragogia*, secondo Knowles sono :

1. *Modificazioni del concetto di sé*: quando una persona cresce e matura, il suo concetto di sé si sposta da quello di totale dipendenza (come è nell'infanzia) a un concetto di progressiva auto-direzione, indipendenza ed autonomia. Di conseguenza, ogni esperienza che metta un adulto nella condizione di essere trattato come un bambino, interferisce con i suoi processi di apprendimento.

2. *Ruolo dell'esperienza*: mentre un bambino si definisce soprattutto in termini di relazioni esterne (genitori, fratelli/sorelle, insegnanti), un adulto definisce la propria identità sulla base del patrimonio delle sue esperienze. L'apprendimento dell'adulto deve per questo prendere in esplicita considerazione le esperienze personali.

3. *Disponibilità ad apprendere*: col procedere della maturità, la disponibilità ad apprendere è sempre meno un effetto di fattori connessi allo sviluppo psico-fisico e alla pressione sociale e scolastica e sempre più un effetto delle crescenti necessità di competenze legate al ruolo sociale e lavorativo.

4. *Orientamento ad apprendere*: gli adulti tendono ad avere un orientamento all' apprendimento basato sui problemi della vita reale, più che sulla trasmissione sistematica della conoscenza.

I contratti di apprendimento sono una possibile soluzione metodologica al problema di orientare chiaramente i processi di insegnamento-apprendimento verso una prospettiva centrata sul discente più che sull'attività del docente.

In un "contratto", infatti, il discente è invitato a:

- riflettere sulla propria esperienza formativa e a identificare alcune insufficienze, soprattutto in termini di competenze professionali;
- trasformare questa riflessione nella definizione di obiettivi formativi correttamente espressi;
- ideare una serie di attività formative, da svolgersi autonomamente, che mirino a colmare i deficit identificati;
- stabilire un sistema di indicatori oggettivi e di soglie di *performance*, che permettano di stabilire se gli obiettivi sono stati raggiunti.

Tutto questo materiale assume la forma di un "contratto", formalmente firmato, fra lo studente e il tutor incaricato di negoziare con lui obiettivi, attività e indicatori,

nonché di certificare attività ed esiti ottenuti alla fine del percorso (la certificazione finale potrebbe anche essere demandata ad una commissione terza).

La realizzazione dei punti forti di questo metodo dipende ovviamente dall'esplicita assunzione di responsabilità e di pro-attività del discente nei confronti del proprio percorso di formazione, esperienza che lo avvia decisamente verso un futuro di sviluppo professionale continuo post-laurea correttamente inteso.

Gli elementi deboli sono relativi alla misura in cui i nostri studenti dei CdLM in Medicina incarnano il profilo ideale dell'adulto in apprendimento, senza smarrirsi di fronte alla prospettiva di definire obiettivi formativi espliciti, che non siano il generico "devo studiare di più...".

E' evidente infatti come questo metodo possa essere applicato solo dopo un'adeguata presentazione agli studenti e in presenza di un valido sostegno tutoriale. Un modo possibile di applicarlo – in prima istanza – potrebbe essere quello di proporlo come attività elettiva, a integrazione dei corsi curricolari.

Durante il lavoro di gruppo i partecipanti hanno dapprima esaminato un caso concreto di contratto formativo, pubblicato in letteratura (Rye KJ. Perceived benefits of the use of learning contracts to guide clinical education in respiratory care students. *Respir Care*. 2008 Nov; 53(11):1475-81); si sono successivamente cimentati in un esercizio, calandosi nei panni di uno studente del 3° anno di corso e ipotizzando quale avrebbe potuto essere il contratto formativo proponibile per aumentare le sue conoscenze e competenze in tema di *Basic Life Support*.

A questo proposito era stata fornita ai partecipanti una griglia-tipo di contratto, come mostrato nella tabella 2.

Conclusioni (Luciano Vettore)

A conclusione del lavoro dei gruppi e dell'intero miniatelier si possono proporre alcune osservazioni finali, che riguardano i processi di valutazione, sia questa certificativa o formativa.

1) E' fondamentale il concetto che "assessment drives learning". Ne consegue che, se non prepariamo accuratamente per i nostri studenti prove valutative che garantiscano noi e loro del grado e della qualità del loro apprendimento, sarà molto difficile per loro individuare gli obiettivi essenziali e utili del loro impegno, e sarà anche difficile per noi docenti aiutarli in modo corretto ed efficace a raggiungere le conoscenze e le competenze per le quali studiano e che è nostro dove-

SCHEMA TIPO DI DEFINIZIONE DI UN CONTRATTO FORMATIVO			
Studente: _____		Tutore: _____	
Obiettivi formativi (definiti con i verbi secondo la tassonomia di Bloom)	Attività formativa (cosa, quando, dove, con chi/quali risorse)	Modalità di valutazione (n. di prestazioni, test o prove oggettive)	Performance minima prevista o criterio per il raggiungimento

Tab. 2 - Griglia - tipo di contratto.

re etico facilitare.

2) Un test “ottimale” dovrebbe facilitare e misurare l’acquisizione duratura di competenze, cioè la capacità di utilizzare le conoscenze in contesti vari e differenti, anche a distanza di tempo da quando queste sono state apprese.

3) Non bisogna tuttavia farsi delle illusioni, perché purtroppo NON esiste il test di valutazione “perfetto”. Sono disponibili e debbono essere usati appropriatamente, ciascuno per i suoi fini, i molteplici strumenti che la ricerca pedagogica ci propone. Per questa stessa ragione in ogni valutazione è opportuna l’associazione di test formalmente diversi. Questo vale per tutti gli attrezzi della cassetta, quelli vecchi ma anche quelli nuovi. Soltanto se con umiltà ci adopereremo per supplire con l’impegno e il buon senso il limite di ogni strumento umano, la valutazione sarà di per sé un potente strumento formativo.

4) Le valutazioni dell’apprendimento dovrebbero avvalersi di punti di osservazione diversi e complementari: una valutazione valida difficilmente può

essere “monocratica”, perché ciascuno di noi ha i propri criteri, ma anche i propri pregiudizi; quindi una valutazione affidabile non può che essere collegiale, il che vuol dire frutto di un confronto e di una sintesi di opinioni, non della media aritmetica di più giudizi.

5) L’oggettività delle prove valutative è sicuramente un valore, per garantire l’equità e la riproducibilità dei risultati, ma non è un “totem”: per fini specifici, e in particolare modo per la valutazione formativa, anche approcci meno oggettivi, e vorrei dire più qualitativi che quantitativi, possono risultare utili e talvolta insostituibili.

6) Infine, in particolare la valutazione formativa - che ha costituito il focus prevalente di questo mini-atelier - ha un valore pedagogico peculiare: in essa non si esercita alcun tipo di potere (come accade spesso legittimamente, ma talvolta in modo improprio, nella valutazione certificativa); il suo è il luogo privilegiato del servizio che l’Istituzione educativa e i suoi membri hanno il dovere etico di offrire ai soggetti ai quali è dedicato il loro impegno: gli studenti.

Sintesi dei punti-chiave e delle proposte operative per la Conferenza (Pietro Gallo)

Ambito	Punti-chiave emersi...	... e proposte operative per la CPPCCLM
Introduzione Vettore	• “L’errore va utilizzato prima che punito”	La CPPCCLM dovrebbe proporsi come interlocutore dell’INVAISI
Progress test	• Valutazione efficacia didattica: <u>di risultato</u>	Modificare le modalità di somministrazione del progress test (modalità “terze”) se lo si vuole utilizzare come indicatore di risultato
Introduzione Vettore	• Valutazione efficacia didattica: <u>di processo</u>	Dare maggiore ricaduta ai risultati delle on-site visit
Introduzione Vettore	• Valutazione apprendimento: <u>formativa</u>	Inserire la valutazione formativa nel questionario delle on-site visit
Introduzione Vettore	• Valutazione apprendimento: <u>certificativa</u>	Abbiamo già parlato di cassetta degli attrezzi, di modalità di valutazione, di esame interdisciplinare e di semestre: argomenti da riprendere sul piano pedagogico (miniatelier), ma anche su cui aprire un confronto tra le Sedi (forum)
Progress test	• Efficaci strumenti di valutazione formativa	E’ auspicabile la condivisione di linee-guida per i Presidenti di CCLM su: come dare agli studenti il feed-back del loro progress test; su quando e come utilizzare il portfolio nei CCLM in Medicina; su standard di riferimento per l’applicazione del feedback; su come utilizzare il learning contract (per la didattica elettiva)
Portfolio		
Feedback	<ul style="list-style-type: none"> • I docenti sono convinti di usare correntemente il feed-back mentre gli studenti ritengono di non averne usufruito • Contrapporre il feedback alla “didattica per umiliazione” • L’applicazione del feedback è preferibilmente limitato alla didattica professionalizzante e a piccoli gruppi 	

Learning Contract	<ul style="list-style-type: none"> Il learning contract si può applicare perfettamente nel CLM in Medicina come attività elettiva 	
Progress test	<ul style="list-style-type: none"> Deve divenire una prassi “obbligatoria” 	Richiede una sensibilizzazione dei docenti, in quanto implica una variazione delle modalità di insegnamento: attività pedagogica della Conferenza
Progress test	<ul style="list-style-type: none"> Trasformare l’esame di stato nel VII progress test Ipotesi di trasformare la laurea in Medicina in “laurea abilitante” 	Interazione CPPCCLM – CUN - Ministero
Progress test	<ul style="list-style-type: none"> Puntare alla prospettiva di una “abilitazione europea” 	Interazione CPPCCLM – CUN – Ministero _UEMS
Portfolio	<ul style="list-style-type: none"> E’ uno strumento “nuovo” per i CCLM, anche se include la documentazione di attività usualmente svolte 	Organizzare eventi pedagogici per riprendere in Conferenza i temi del: portfolio (minilecture [pillola] pedagogica); del pensiero riflessivo e le sue ricadute nella didattica nei CCLM in Medicina (atelier); dell’ etica del docente (atelier/forum) ; del learning contract (pillola pedagogica, atelier misto PCLM-PCLPS?)
Learning Contract	<ul style="list-style-type: none"> Pensiero riflessivo: Reflection <u>for</u> action vs. reflection <u>in</u> action e <u>on</u> action Il learning contract implica un forte richiamo all’etica del docente Il learning contract insegna a studenti e docenti il rigore metodologico nel coordinare obiettivi di apprendimento, modalità di insegnamento/apprendimento, metodi di valutazione, livello accettabile di performance 	
Portfolio		Organizzare attività
Feedback	<ul style="list-style-type: none"> I CLPS hanno una preziosa esperienza su questi strumenti 	pedagogiche in comune tra le due conferenze dei Presidenti di CL in Medicina e delle Professioni Sanitarie
Portfolio	<ul style="list-style-type: none"> Per utilizzare questi strumenti è necessario formare i formatori (i tutor) 	Organizzare l’atelier residenziale per la formazione dei tutor proposto dal Gruppo “Innovazione pedagogica”
Feedback		
Portfolio	<ul style="list-style-type: none"> Strumenti di valutazione formativa di grande efficacia 	Animare un dibattito sulla possibilità di introdurre nei CdLM in Medicina: il portfolio (competenze operative? relazionale-emotiva?), il feedback (a livello di aula, di piccolo gruppo e [?] individuale) e il learning contract (come?)
Feedback		
Learning Contract		
Portfolio	<ul style="list-style-type: none"> L’uso del portfolio richiede risorse aggiuntive 	Valutazione delle risorse necessarie tra le tre conferenze (Medicina, Professioni Sanitarie, Presidi)
Feedback	<ul style="list-style-type: none"> E’ un attrezzo bello, utile ma costoso (applicabilità legata a risorse strutturali (skill lab) e umane (tutor) 	
Learning Contract	<ul style="list-style-type: none"> Lo studente come customer vs lo studente come junior partner 	Animare un dibattito inter-conferenze

I cento incontri della Conferenza

Andrea Lenzi (Roma La Sapienza), Amos Casti (Parma), Giovanni Danieli (Ancona)

Ventisei anni fa, nella primavera dell'85, Claudio Marcello Caldarera ed uno di noi (GD) si incontrarono in un convegno a Bologna, entrambi Presidenti di corso di laurea di fresca nomina; era stata appena pubblicata la nuova tabella XVIII ed erano tempi di grande fervore, di entusiasmo per il rinnovamento che era nell'aria, ma anche di obiettive difficoltà, prima tra tutte l'inesperienza di noi Docenti in termini di norme amministrative. Fu così naturale pensare di incontrarsi con altri Colleghi per dibattere e risolvere insieme i problemi che si sarebbero dovuti affrontare. Astro nascente della Medicina italiana era, all'epoca, Luigi Frati, che venne subito interpellato sull'opportunità dell'iniziativa; la risposta fu favorevole e nacque così quello che in un primo tempo venne chiamato Collegio, un anno dopo Conferenza permanente dei Presidenti dei Consigli di Corso di laurea in Medicina e Chirurgia. Il primo incontro del Collegio si svolse l'11 ottobre 1985 a Portonovo di Ancona, località scelta perché appartata e con ottimo livello di ospitalità alberghiera, nonché centrale rispetto alla penisola. Erano presenti ventuno Presidenti, indicati nella Tabella 1.

G. Danieli (Ancona), C.M. Caldarera (Bologna), G. Ragnotti (Brescia), A. Balestrieri (Cagliari), A. Capelli (Chieti), A. Migliore (Ferrara), L. F. Signorini (Firenze), S. Navarra (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. Curtioni (Torino), M. Marigo (Verona).

Tab. 1 - I ventuno Presidenti della prima riunione.

Il primo atto fu quello della nomina del Presidente e del Segretario, compiti che vennero assegnati ai due promotori dell'iniziativa, Claudio Marcello Caldarera Presidente e Giovanni Danieli Segretario; quest'ultimo ricoprì l'incarico per dodici anni prima di passare il compito ad Amos Casti, che è tuttora il Segretario della Conferenza.

Nella Tabella 2 sono ricordati i Presidenti che hanno guidato la Conferenza nei suoi ventisei anni di vita.

1985-88 Claudio M. Caldarera
1989-94 Luigi Frati
1995-96 Luciano Vettore
1997-99 Guido Coggi
2000-05 Giovanni Danieli
2006-Andrea Lenzi

Tab. 2 - Presidenti della Conferenza Permanente.

Tutti hanno dato un intenso contributo di idee e di iniziative, realizzando quel coordinamento nazionale che aveva generato l'istituzione della Conferenza; nella tabella 3 sono invece riportati i nomi dei Presidenti dei

Consigli di Corso di Laurea attivi in ciascuna sede e che hanno costituito nei diversi anni la Conferenza.

Le riunioni tenute dal 1985 ad oggi sono state cento, con una media quindi di circa quattro incontri per anno. Ulteriori dodici incontri sono stati realizzati congiuntamente con le altre Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina, dieci con i Presidi, una con i Presidi e la giunta delle Professioni Sanitarie (realizzata nel 2010 a Portonovo per celebrare i 25 anni della Conferenza), una a Roma nel 1999, occasione che riunì, nell'Aula Magna del Policlinico, le Conferenze dei Presidi, dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia, di Odontoiatria e Protesi Dentarie, quella delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie, nonché le allora esistenti Conferenze dei Corsi di Laurea di Biotecnologie e di Scienze Motorie.

Una-due volte l'anno la Conferenza si è riunita a Roma, poi in altre sedi italiane. Le sedi degli incontri sono state: Roma (38), Portonovo di Ancona (12), Bologna (8), Milano (7), Bari (6), Torino (3), Cagliari Catania Modena Napoli Pisa Siena Trieste Verona (2), Chieti Ferrara Fermo Genova Messina Novara Padova Palermo Parma Udine Verona (1).

Il modello di lavoro che la Conferenza sin dall'inizio si è dato è stato quello di operare in gruppi di studio. 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.

Nella Tabella 4 sono infine elencati i Gruppi di studio attivati nel corso dei ventisei anni di vita della Conferenza.

Come si può ben comprendere numerosissime sono state le azioni intraprese dalla Conferenza, essenzialmente finalizzate ad ottenere la regolare armonica applicazione degli ordinamenti didattici che si sono succeduti, ma anche a valutare l'efficienza dell'insegnamento impartito e dei risultati ottenuti, ed a produrre sempre nuovi modelli didattici, che hanno assicurato in questi anni il rinnovamento globale dei principi dell'insegnamento-apprendimento ed il progresso continuo delle Facoltà di Medicina italiane.

Organo ufficiale della Conferenza è stato 75012 Medicina e Chirurgia, rivista istituita da Luigi Frati nel 1989. Dopo tre anni di interruzione, 1997-1999, per iniziativa di Giovanni Danieli la pubblicazione è ripresa con il titolo di Medicina e Chirurgia. Nel 2010 si è festeggiato il cinquantesimo numero della rivista che ha regolare pubblicazione quadrimestrale. Il periodico viene stampato in 10.000 esemplari, distribuiti in tutte le Facoltà italiane ed inviati a diversi organi istituzionali.

Oggi la Conferenza costituisce una *koine* di uomini di cultura, un laboratorio didattico da cui continuamente fuoriescono nuove idee per nuove realizzazioni.

Tra i tanti progetti realizzati ne indichiamo solo alcuni, dei quali viene riportata in appendice una breve sintesi.

Elenco dei Presidenti dei CCL

Ancona: Giovanni Danieli, Saverio Cinti, Ugo Salvolini
Bari: A. Ferrari, G. De Benedictis, Vincenzo Mitolo, Vincenzo Liso, Gilda Caruso, Maiorano Eugenio
Bologna: Claudio Marcello Calderera, Sandro Grilli, Antonio Gaddi, Luigi Bolondi, Domenico Berardi, Giovanni Mazzotti
Brescia: Giovanni Ragnotti, Leonardo Loiacono, Giuseppe Nardi, Luigi Caimi, Giuseppe Nardi, Pietro Apostoli
Cagliari: Angelo Balestrieri, Angelo Cerchi, Roberto Mezzanotte, Amedeo Columbano, Mario Piga, Luigi Demelia
Catania: Italo Panella, Angelo Castro, Angelo Messina, Enrico Vasquez, Gaetano Catania
Catanzaro: V. Bocchini, Salvatore Venuta, Amato Amati, Francesco Saverio Costanzo, Elio Gulletta
Chieti: Arnaldo Capelli, Domenico Gambi, Lorenzo Bonomo, Fabio Capani, Luciano Corbellini
Ferrara: Arrigo Migliore, Carmelo Fersini, Giuseppe Rausa, Luigi Cavazzini, Gioacchino Mollica, Francesco Di Virgilio
Firenze: Lorenzo Federico Signorini, Gian Franco Gensini, Alessandro Mugelli, Rosa Valanzano
Foggia: Vincenzo Neri, Raffaele de Cesaris, Carmine Panella
Genova: Sandro Pontremoli, Carlo Walter Loeb, Renzo Celesti, Gian Carlo Torre, Roberto Fiocca
L'Aquila: Pietro Campa, Elio Ziparo, Michele Toscano, Anna Santucci, Eugenio Gaudio, Massimo Casacchia
Messina: Salvatore Navarra, Alberto Calatroni, Alfredo Carducci Arsenio
Milano: Luigi Allegra, Antonio Pagano, Guido Coggi, Massimo Malcovati, Gianluca Vago, Silvio Scarone, Anna Spada, Laura Vizzotto (questi ultimi tre, sui tre poli)
Milano Vita-Salute S. Raffaele: Claudio Rugarli, Giuseppe Scotti, Gianfranco Ferla, Roberto Sitia, Massimo Clementi
Milano BICOCCA: Lodovico Frattola, Marzia Kienle, Vittorio Locatelli
Modena: Bruno Bonati, Federico Manenti, Nicola Carulli, Sebastiano Calandra Bonaura, Aldo Tomasi, Gabriella Agazzotti, Carlo Adolfo Porro
Molise: Bruno Monchamont
Napoli - Università Federico II: Franco Rinaldi, Vittorio Andreucci, Guglielmo Borgia, Paola Izzo
Napoli - II Ateneo: Carmelo Giordano, Domenico Mancino, Ciro Balestrieri, Francesco Rossi, Giovanni Delrio, Bartolomeo Farzati, Italo F. Angelillo
Napoli - Caserta: Camillo del Vecchio Blanco, Evangelista Sagnelli, Giuseppe Paolisso, Paolo Golino
Novara: Ilario Viano, Giorgio Bellomo, Guido Monga, Fabiola

Sinigaglia, Valente Guido, Eugenio Torre, Marco Krengli
Padova: A. Peracchia, Cesare Scandellari, Paolo Benciolini, Oreste Terranova, Raffaele De Caro
Palermo: Alfredo Salerno, Pietro Livoti, Giandomenico Bompiani, Giovanni Zummo, Antonino Bono, Calogero Caruso (Corso Ippocrate), Antonio Craxì (Corso Chirone), Di Liegro Italia (sede di Caltanissetta)
Parma: Almerico Novarini, Amos Casti, Maurizio Vanelli
Pavia: Giovanni Bo, Luciano Tiepolo, Carlo Bernasconi, Maria Scapatucci, Domenico Scannicchio, Maurizia Valli
Perugia: Emanuele Rinonapoli, Fausto Grignani, Alessandro Ventura, Luciano Binaglia, Pierfrancesco Marconi, Graziella Migliorati
Pisa: C. Pellegrino, Francesco Squartini, Aldo Pichera, Luigi Murri, Brunello Ghelarducci, Riccardo Zucchi
Roma - La Sapienza: Luigi Frati, Marcello Negri, Vincenzo Martinelli, Roberto Filipo, Eugenio Gaudio, Enrico De Antoni, Pietro Gallo, Andrea Lenzi, Marella Maroder, Stefania Basili
Roma - La Sapienza - II Facoltà di Medicina: Giuseppe Familiari
Roma - Tor Vergata: Giorgio Bernardi, Alessandro Finazzi Agrò, Giovanni Rocchi, Raffaele Geremia, Andrea Modesti, Paolo Di Francesco
Roma - Campus Bio-Medico: Paola Binetti, Sergio Morini
Roma - Cattolica: Ermanno Manni, Arnaldo Capelli, Gian Battista Azzena, Achille Cittadini, Antonio Lanzone
Sassari: Egidio Miele, Alessandro Maida, Giuseppe Realdi, Giuseppe Delitala, Giovannino Massarelli
Siena: Corradino Fruschelli, Rodolfo Bracci, Noè Battistini, Sandro Forconi, Marcella Cintorino, Roberto Pagani, Gian Maria Rossolini, Rosella Fulceri
Torino: Sergio Curtioni, Dario Cantino, Gian Piero Gaidano, Giuseppe Piccoli, Franco Cavallo, Luca Cordero di Montezemolo, Rossana Cavallo
Torino II: Umberto Mazza, Giuseppe Soglio, Mario De Marchi
Trieste: L. Baldin, Andrea Bosatra, Fulvio Bratina, Francesco Marotti, Gian Luigi Sottocasa, Roberto Pozzi Mucelli, Emanuele Belgrano, Enrico Tonin
Udine: Saverio Ambesi Impiombato, Pietro Enrico Di Prampero, Fabrizio Bresola, Alfred Tenore, Luigi Xodo
Varese - Insubria: Gian Mario Frigo, Renzo Dionigi, Paolo Cherubino, Francesco Pasquali, Anna Maria Grandi
Verona: Mario Marigo, Ludovico A. Scuro, Luciano Fiore Donati, Luciano Vettore, Gianmario Mariuzzi, Alessandro Lechi, Italo Vantini

Tab. 3 - Presidenti dei CCLM in tutte le sedi, dalla istituzione della Conferenza ad oggi.

Gruppi di studio

Presidente Claudio M. Calderera

- 1) Regolamento del Collegio: Giovanni Danieli
- 2) Regolamento dei CCL: Luigi Frati, Giovanni Bo
- 3) CAI ed audiovisivi: Luigi Allegra, Claudio Marcello Calderera, Sergio Curtioni (Coordinatore), Corradino Fruschelli, Domenico Mancino, Franco Rinaldi, Antonio Ludovico Scuro
- 4) Tesi e valutazione esami di Laurea: Giovanni Bo (Coordinatore), Federico Manenti, Almerico Novarini, Italo Panella, Lorenzo Federico Signorini
- 5) Didattica integrativa: Fausto Grignani, Salvatore Navarra
- 6) Obiettivi della didattica teorico-pratica: Andrea Bosatra, Sergio Curtioni, Giovanni Danieli, Giuseppe De Benedictis, Carmelo Fersini, Fausto Grignani, Cesare Scandellari (Coordinatore)

Presidente Luigi Frati

- 7) Quantificazione della domanda didattica: Claudio Marcello Calderera, Luigi Frati
- 8) Programma di Riferimento Nazionale (per la didattica formale): Sergio Curtioni, Luigi Frati, Alessandro Finazzi Agrò,

- Ludovico Antonio Scuro (Coordinatore), Fausto Grignani, Cesare Scandellari. Dal 13/12/1991 Cesare Scandellari (Coordinatore), Francesco Marotti
- 9) Interventi della CPP nell'insegnamento post-Laurea: Aldo Pinchera (Coordinatore), Luigi Allegra, Alessandro Finazzi Agrò
- 10) Didattica formale e teorico-pratica: verifiche: Corradino Fruschelli, Carmelo Fersini, Lorenzo Federico Signorini (Coordinatore), Almerico Novarini, Fausto Grignani
- 11) Propedeuticità e sbarramenti: Domenico Mancino (Coordinatore), Giuseppe De Benedictis, Pietro Livoti, Franco Rinaldi
- 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
- 13) Commissione per le risorse: Giuseppe De Benedictis (Coordinatore), Carmelo Fersini, Alessandro Finazzi Agrò

- 14) Insegnamento tutoriale: Pietro Livoti, Federico Manenti. Dal 13/12/1991 Arnaldo Capelli (Coordinatore), Pietro Livoti, Domenico Mancino, Francesco Marotti
- 15) I trasferimenti: Domenico Mancino
- 16) Scuole dirette a fini speciali: Angelo Cherchi
- 17) Prova di selezione per l'accesso al Corso di Laurea: Sergio Curtoni (Coordinatore), Cesare Scandellari, Luciano Vettore
- 18) Commissione per il Regolamento didattico: Giovanni Danieli (Coordinatore), Sergio Curtoni, Carmelo Fersini, Domenico Mancino
- 19) Commissione per la compilazione di un Libretto-diario: Domenico Mancino
- 20) Commissione per i rapporti CCL-Dipartimento: Claudio Marcello Caldarera (Coordinatore), Luciano Fiore Donati
- 21) Insegnamento della Medicina interna e della Chirurgia generale: Angelo Balestrieri, Bruno Bonati (Coordinatore), Giovanni Danieli, Carmelo Fersini, Carmelo Giordano, Fausto Grignani, Pietro Livoti, Salvatore Navarra, Almerico Novarini, Cesare Scandellari, Alessandro Ventura
- 22) Rapporti CCL/Scuole di Specializzazione: Aldo Pinchera
- 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
- 24) Corsi monografici: idee e proposte: Arnaldo Capelli
- 25) Modelli di orario didattico: Ciro Balestrieri, Carmelo Fersini, Corradino Fruschelli (Coordinatore)
- 26) Tirocinio post-laurea: Giandomenico Bompiani, Corradino Fruschelli (Coordinatore), Aldo Pinchera, Michele Toscano
- 27) Didattica Tutoriale: Corradino Fruschelli, Antonio Pagano, Giuseppe Rausa, Franco Rinaldi (Coordinatore), Luciano Vettore
- 28) Ostacoli che si frappongono alla integrale applicazione della Tabella 18 e proposte per superarli: Claudio Marcello Caldarera (Coordinatore), Amos Casti, Francesco Marotti, Vincenzo Mitolo, Giuseppe Realdi
- 29) Commissione mista Presidi-Presidenti per la nuova Tabella 18: Fabrizio Bresadola, Paolo Carinci (Coordinatore), Giovanni Danieli, Almerico Novarini, Aldo Pinchera, Giuseppe Realdi Gaetano Salvatore, Pietro Tosi, Luciano Vettore, con la successiva partecipazione di Saverio Cinti, Guido Coggi, Sergio Curtoni, Luigi Frati, Cesare Scandellari
- Presidente Luciano Vettore**
- 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
- 31) Commissione per il Regolamento dei Consigli di Corso di Laurea: Saverio Cinti (Coordinatore), Luigi Caimi, Sebastiano Calandra Buonauro, Renzo Celesti, Francesco Marotti
- 32) Valutazione qualitativa dell'efficacia didattica: Ciro Balestrieri, Sebastiano Calandra Buonauro, Amos Casti (Coordinatore), Luigi Cavazzini, Sergio Curtoni, Camillo Del Vecchio Blanco
- 33) Valutazione delle tesi di laurea: Alfredo Tenore (Coordinatore)
- 34) Linee Guida per l'organizzazione della didattica opzionale: Eugenio Gaudio (Coordinatore)
- 35) Costituzione del Core Curriculum: Guido Coggi (Coordinatore), Cesare Scandellari
- 36) Scorporo dal MURST del triennio clinico: Vittorio E. Andreucci (Coordinatore)
- Presidente Giovanni Danieli**
- 37) Adeguamento dell' Ordinaro didattico e nuovo Regolamento: Giorgio Bellomo, Carlo Bemasconi, Franco Cavallo, Marzia Kienle, Massimo Malcovati (Coordinatore), Giuseppe Nardi, Francesco Pasquali, Claudio Rugarli, Giuseppe Salio
- 38) Sviluppo delle Scienze Umane: Alessandro Lechi, Gian Luigi Sottocasa, Alfred Tenore, Oreste Terranova (Coordinatore)
- 39) Attività Formativa Professionalizzante, Tirocinio ed Esame di Stato: Carlo Bemasconi, Alessandro Lechi, Marzia Kienle, Massimo Malcovati, Giuseppe Nardi, Francesco Pasquali, Claudio

- Rugarli, , Gian Luigi Sottocasa, Alfred Tenore (Coordinatore), Oreste Terranova
- 40) Osservatorio Permanente: Luigi Bolondi, Amos Casti (Coordinatore), Renzo Celesti, Gioacchino Mollica, Aldo Tommasi
- 41) Formazione alla Medicina Basata sulle Evidenze: Noé Battistini, Marcella Cintorino, Fausto Grignani, Alessandro Mugelli, Luigi Murri (Coordinatore)
- 42) Sperimentazione della tele-didattica e della multimedialità: Noé Battistini (Coordinatore), Marcella Cintorino, Fausto Grignani, Alessandro Mugelli, Luigi Murri
- 43) Regolamento Didattico dei Corsi di Studio: Noé Battistini, Luciano Binaglia (Coordinatore), Marcella Cintorino, Fausto Grignani, Alessandro Mugelli, Luigi Murri
- 44) Gli sbocchi professionali: Noé Battistini, Marcella Cintorino, Fausto Grignani (Coordinatore), Alessandro Mugelli, Luigi Murri
- 45) Formazione pedagogica dei Docenti: G. Azzena, Paola Binetti (Coordinatore), Lorenzo Bonomo, Massimo Casacchia, Enrico De Antoni, Giuseppe Familiari, Roberto Filippo, Pietro Gallo, Raffaele Geremia, Marella Maroder, Marcello Negri
- 46) Valutazione dell' efficacia didattica ed accreditamento: G. Azzena, Paola Binetti, Lorenzo Bonomo, Massimo Casacchia (Coordinatore), Enrico De Antoni, Giuseppe Familiari, Roberto Filippo, Pietro Gallo, Raffaele Geremia, Marella Maroder, Marcello Negri
- 47) Valutazione delle conoscenze e della competenza clinica acquisite: G. Azzena, Paola Binetti, Lorenzo Bonomo (Coordinatore), Massimo Casacchia, Enrico De Antoni, Giuseppe Familiari, Roberto Filippo, Pietro Gallo, Raffaele Geremia, Marella Maroder, Marcello Negri
- 48) Orientamento ed accesso: G. Azzena, Paola Binetti, Lorenzo Bonomo, Massimo Casacchia, Enrico De Antoni, Giuseppe Familiari (Coordinatore), Roberto Filippo, Pietro Gallo, Raffaele Geremia, Marella Maroder, Marcello Negri
- 49) Programma quinquennale di inglese: Amato Amati, Antonino Bono, Alberto Calatroni, Amedeo Columbano, Giuseppe Delitala, Pietro Gallo (Coordinatore), Enrico Vasquez
- 50) Il Tutorato: Amato Amati, Antonino Bono, Alberto Calatroni (Coordinatore), Amedeo Columbano, Giuseppe Delitala, Pietro Gallo, Enrico Vasquez
- 51) Core Curriculum: Giovanni Delrio, Luigi Murri, Alfred Tenore, Oreste Terranova, Aldo Tomasi (Coordinatore)
- 52) Core Curriculum: Antonio Gaddi, Aldo Tomasi (Coordinatore)
- 53) Didattica elettiva: Guglielmo Borgia (Coordinatore)
- 54) Didattica pratica e tirocinio: Paola Binetti, Alfred Tenore (Coordinatore)
- 55) Integrazione longitudinale e trasversale degli insegnamenti: Fabio Capani (Coordinatore), Amos Casti, Pietro Gallo
- 56) Accesso alla Facoltà e inserimento professionale: Giuseppe Familiari (Coordinatore)
- 57) Sanità Pubblica e Management: Giuseppe Nardi (Coordinatore)
- 58) Medicina di famiglia e del territorio: Guglielmo Borgia, Gilda Caruso, Giuseppe Saglio, Evangelista Sagnelli (Coordinatore), Aldo Tomasi
- 59) e-Learning: Fabio Capani, Andrea Lenzi (Coordinatore)
- 60) Metodo clinico, metodo sperimentale e medicine alternative: Giovanni Delrio (Coordinatore)
- 61) Formazione alla Medicina Basata sulle Evidenze: Giovanni Danieli (Coordinatore)
- 62) Scienze Umane: Paola Binetti, Oreste Terranova (Coordinatore)
- 63) Tesi di laurea e formazione dello studente alla ricerca: Massimo Malcovati (Coordinatore)
- 64) Accreditamento dei Corsi di laurea - Campus one: Pietro Gallo, Massimo Casacchia (Coordinatore)
- 65) Valutazione dell'efficacia didattica e criteri di incentivazione: Pietro Gallo (Coordinatore), Eugenio Gaudio, Andrea Lenzi, Giuseppe Familiari, Carlo Della Rocca
- 66) Sperimentazione dell'esame di stato: Paola Binetti (Coordinatore)

- 67) Diploma supplement: Gian Battista Azzena (Coordinatore)
- 68) Regolamento: Giuseppe Delitala (Coordinatore)
- 69) Sito web: Gilda Caruso (Coordinatore)
- 70) Rivista: Alessandro Lechi ed Enrico Vasquez (Coordinatori)
- 71) Osservatorio permanente: Amos Casti (Coordinatore)

Presidente Andrea Lenzi

- 72) Applicazione del core curriculum: Coordinatore: Eugenio Gaudio, Collaboratori: Luciano Vettore, Giancarlo Torre, Antonio Gaddi (Consulente)
- 73) Progress test: Coordinatore Alfred Tenore; Collaboratori: Gabriella Aggazzotti, Alfredo Carducci, Luciano Vettore, Massimo Clementi, Sergio Morini
- 74) Valutazione della qualità didattica ed accreditamento: Coordinatore Massimo Casacchia, Collaboratori: Andrea Lenzi, Pietro Apostoli, Giuseppe Familiari, Pietro Gallo, Pierfrancesco Marconi, Rosa Valanzano, Maurizio Vanelli
- 75) Selezione all'accesso ed orientamento: Coordinatore Giuseppe Familiari; Collaboratori: Gilda Caruso, Carmine Panella
- 76) Innovazione pedagogica: Coordinatore Pietro Gallo, Collaboratori: Giuseppe Familiari, Luciano Vettore, Marella Maroder, Carlo Della Rocca, Rosa Valanzano, Achille Cittadini, Italo Vantini
- 77) Attività professionalizzante: Coordinatore Luciano Vettore, Alfred Tenore, Pietro Apostoli, Alfredo Carducci, Luca Cordero di Montezemolo, Gaetano Catania
- 78) Propedeuticità e sbarramenti: Coordinatore Marzia Kienle, Collaboratori: Pierfrancesco Marconi, Giancarlo Torre, Maurizio Vanelli
- 79) Distribuzione dei CFU per SSD: Coordinatore Amos Casti, Collaboratori: Luca Cordero di Montezemolo, Carmine Panella, Roberto Zucchi
- 80) Integrazione disciplinare: Coordinatore Eugenio Gaudio, Collaboratori: Luciano Corbellini, Pierfrancesco Marconi, Paola

Izzo, Bartolomeo Farzati

- 81) Medicina del territorio: Coordinatore Giuseppe Delitala, Collaboratori: Giuseppe Paolisso, Gabriella Aggazzotti, Emanuele Belgrano, Raffaele De Caro, Gaetano Catania
- 82) Informazione e comunicazione: Coordinatore Oreste Terranova, Collaboratori Domenico Berardi, Eugenio Torre
- 83) Area linguistica: Coordinatore Gilda Caruso, Collaboratori: Luciano Corbellini; Carmine Panella, H. Snelgrove (Consulente)
- 84) Area diagnostica di laboratorio: Coordinatore Pierfrancesco Marconi, Collaboratori: Andrea Modesti, Amos Casti, Marzia Kienle
- 85) Valutazione Esame di Laurea: Coordinatore Alfred Tenore, Collaboratori: Francesco Di Virgilio, Eugenio Gaudio, Gilda Caruso
- 86) Progress test – applicazione: Alfred Tenore
- 87) Valutazione e site visit di accreditamento – terzo esercizio: Carlo Della Rocca
- 88) Innovazione pedagogica – atelier di studio e approfondimento: Pietro Gallo
- 89) Core curriculum – revisione continua: Eugenio Gaudio
- 89) Distribuzione dei Corsi nei Piani degli studi – monitoraggio: Amos Casti
- 90) Distribuzione dei CFU per SSD: Amos Casti
- 91) Selezione all'accesso – valutazione continua: Giuseppe Familiari
- 92) Corsi di Laurea Magistrale in lingua inglese: Domenico Scannicchio
- 93) Rapporti con l'AMEE e le altre organizzazioni internazionali di Medical Education: Alfred Tenore
- 94) Medicina del territorio: Carlo Della Rocca
- 95) Medicine alternative: Italo Vantini

Tab. 4 - Gruppi di Studi attivati.

Appendice

Scienze Umane in Medicina

Il mutare del quadro sociale e il crescente sviluppo della scienza e della tecnologia pongono alla Medicina nuovi quesiti che esigono nuovi livelli di conoscenza e di competenza nella formazione del medico. E' un tema urgente a cui la Conferenza da tempo sta lavorando. Lo sviluppo delle *technical & clinical skills* ha messo in secondo piano lo sviluppo delle *human & communication skills*, creando una diversa forma di paternalismo medico, con una matrice di tipo aziendalistico. Tra nuove ed inedite difficoltà, accanto ad alcuni vantaggi di tipo organizzativo, la relazione medico-paziente è andata evolvendo nella linea di un rapporto contrattualistico, basato sulla logica delle prestazioni, secondo il principio economico e funzionalistico dello scambio. Si è andata così creando una graduale spersonalizzazione del rapporto terapeutico, che il malato però non accetta. Rivendica il bisogno di capire, di essere informato, di essere assistito anche nei suoi bisogni emotivi e relazionali e, soprattutto riafferma il suo diritto a decidere, a scegliere tra le diverse opzioni di cura. Le scienze umane si innestano in questo punto del paradigma medico, per riproporre in modo inequivocabile tutta la dignità della persona malata, che rifiuta ogni possibile forma di riduzionismo: il malato

non è la sua malattia, ha una malattia che vuole imparare a gestire, a cui vuole dare un senso, di cui vuole scoprire il perché non solo in termini eziopatogenetici, ma anche in termini etici ed esistenziali. A questo perché le scienze cliniche non sono in grado di rispondere, mentre le scienze umane da secoli inseguono i grandi interrogativi metafisici; chi è l'uomo, che senso ha la vita, cos'è il dolore, cos'è la morte, in che rapporto sta con il bene e con il male. Intorno a queste domande si articola il dibattito che investe non solo la bioetica, ma anche la biogiuridica e la biopolitica.

Paola Binetti (*Roma Campus Biomedico*)

L'osservatorio permanente sulla tabella XVIII ed il suo ideatore

Il Prof. Emilio Sergio Curtoni fu uno dei più attenti osservatori dell'applicazione della Tabella XVIII tra la fine degli anni '80 e per tutti gli anni '90. Durante il suo mandato di Presidente di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia di Torino, con il sostegno ed il supporto della Conferenza Permanente dei Presidenti, con il contributo della fondazione Smite Kline e della sua insostituibile guida Dott. Ghetti, attivò un Osservatorio Permanente, costantemente produttivo, che permise analisi articolate ed efficaci.

Attraverso l'Osservatorio, con il contributo di collaboratrici formate nell'ambito della Pedagogia Medica, ebbe l'opportunità per molti anni, di esercitare un controllo scientifico sull'applicazione e la realizzazione della Tabella XVIII, determinando il superamento della stessa e contribuendo all'ideazione dei successivi ordinamenti didattici in Medicina.

Il lavoro svolto dall'Osservatorio Permanente fu di notevole aiuto per tutte le Facoltà di Medicina e Chirurgia italiane. Attraverso la condivisione, il confronto ed il contributo di tutti i Presidenti dei corsi di laurea italiani e delle relative Facoltà, fu possibile un miglioramento ed un superamento delle difficoltà insite nell'applicazione di nuovi percorsi formativi sia in ambito amministrativo che didattico.

Attraverso l'Osservatorio Permanente, le indagini svolte furono notevoli: dalle analisi sulle prove di selezioni italiane per l'ammissione al Corso di Laurea in Medicina, alla monitorizzazione degli studenti durante il loro percorso formativo, all'analisi dei questionari di valutazione sulla didattica da parte degli studenti, alla sensibilizzazione e l'utilizzo degli stessi questionari da parte del corpo docente, al monitoraggio dell'utilizzo delle diverse sessioni di esami incluse quelle di recupero, all'analisi sulla previsione del successo degli studenti, al miglioramento delle modalità di insegnamento pratico negli anni clinici.

Il Prof. Curtoni comprese, negli anni di osservazione, anche le problematiche tecniche – amministrative legate ai diversi attori nella formazione degli studenti.

Le segreterie studenti, erano all'epoca detentrici di dati quali: numero di studenti iscritti, numero degli studenti in corso o fuori corso, numero di esami superati o no, numero dei laureati ecc. Per questo motivo, la difficoltà principale era quella di poter aver i dati di base, per attivare le indagini. Non esistevano programmi gestionali informatici precisi; non erano ancora diffuse le segreterie - didattiche.

Grazie all'Osservatorio Permanente ed al suo ideatore, fu possibile soffermarsi su molteplici aspetti, non solo relativi al miglioramento per l'applicazione di nuove proposte formative ma anche alla necessità di attivare delle segreterie didattiche, vicine alle esigenze degli studenti, di supporto al Presidente del corso di Studio, svolgendo spesso un ruolo di moderazione tra le difficoltà di applicazione degli ordinamenti didattici e le difficoltà reali degli studenti vissute nel contesto universitario.

Il contributo di questo lavoro, non solo ha fornito rilevanti spunti a livello nazionale, ma ha creato le condizioni per l'attivazione di una struttura complessa nella Facoltà di Medicina e Chirurgia di Torino. Tale struttura, negli anni, ha supportato i tanti Presidenti dei Corsi di Laurea che si sono succeduti ed ha cooperato alla gestione degli studenti durante il loro percorso formativo.

Un ringraziamento sincero va al mio Professore e Maestro ed a tutti i suoi colleghi che con la loro sensibilizzazione e partecipazione hanno contribuito al progetto.

Antonella Bonetto (Torino)

Il nuovo ordinamento didattico del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

Non c'è dubbio che la data del 28 febbraio 1986 sarà ricordata come un evento storico per la medicina italiana in generale e per la Facoltà di Medicina e Chirurgia in particolare. Infatti il provvedimento legislativo tanto atteso e sofferto che in quella data è stato firmato dal Presidente della Repubblica volle, da un lato rinnovare l'ordinamento degli studi medici, adeguandolo alle esigenze della medicina moderna e alle sollecitazioni delle nuove metodologie didattico - formative e dall'altro impostare l'insegnamento in maniera "professionalizzante" per fare fronte alle esigenze della Società del nuovo millennio, mantenendo però sempre alto il livello culturale e scientifico, indispensabile per una buona preparazione e qualificazione medico.

È noto il lungo iter preparatorio e legislativo del provvedimento che nella sua innovativa impostazione diede vita ad un acceso dibattito fra gli addetti ai lavori, per cui la nuova proposta venne recepita da molti più in senso "coercitivo", piuttosto che come nuovo elemento culturale e professionale di ampie prospettive. È doveroso peraltro riconoscere che nei trascorsi decenni le Scuole Mediche italiane hanno preparato generazioni di professionisti, di ricercatori e di studiosi che si sono fatti onore nella pratica professionale e che hanno portato contributi di primario interesse nell'avanzamento delle scienze mediche.

La nuova tabella XVIII costituì un originale caso di riforma, più o meno riuscita, più o meno perfettibile, ma certamente necessaria; infatti l'insegnamento tradizionale della medicina andava comunque adeguato alla nuova realtà, occorreva comunque lasciarsi alle spalle retaggi in gran parte superati, bisognava comunque rimboccarsi le maniche per ammodernare una delle Facoltà più globalmente e profondamente vicina ai problemi vitali dell' Uomo.

Il nuovo ordinamento didattico poggiò su quattro solidi pilastri;

- 1) la programmazione degli accessi;
- 2) la costituzione delle aree didattico - formative;
- 3) l'organizzazione della didattica in "corsi integrati";
- 4) la didattica per "obbiettivi", cioè mirata a compiti predefiniti secondo le moderne indicazioni della pedagogia medica.

Contrariamente a quanto poteva apparire da una prima lettura del D.P.R., la tab. XVIII nella sua articolazione lascia larghi margini di autonomia al Corso di laurea, quindi ai Docenti, nella programmazione didattica, ed è proprio questo uno dei pregi del provvedimento che sintetizza anche la sua "filosofia".

Claudio Marcello Caldarera (Bologna)

Valutazione ed accreditamento

Sono passati più di otto anni da quando nel manifesto degli intenti della Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia il Prof. Danieli volle inserire la Macro Area della Valutazione e Accreditamento del CLS in Medicina e Chirurgia.

Le adesioni furono subito numerose e fra queste ricor-

do quella del Prof. Gaddi e, naturalmente, quelle dei Proff. Gallo e Lenzi ancora adesso impegnati, seppur con sfumature diverse, a continuare il progetto originario.

La costituzione dell'agenzia ANVUR, che ha sostituito recentemente il CNVSU, rappresenta l'ultima tappa di un processo governativo che intende valorizzare la qualità, l'efficienza delle Università ed introdurre meccanismi premiali nella distribuzione delle risorse sulla base di criteri ben definiti.

Uno dei primi atti della nostra Commissione fu nel 2004 la pubblicazione nel n. 24 della Rivista della Conferenza di un supplemento dal titolo emblematico "L'Autovalutazione del CLS in Medicina e Chirurgia. Manuale per l'accreditamento tra pari".

Tale Manuale ha posto le basi per l'elaborazione di uno strumento più agile elaborato da un gruppo coordinato dal Prof. Lenzi che ha rappresentato e rappresenta sia lo stimolo all'autovalutazione per i singoli CL ma soprattutto la traccia forte con cui i CL vengono valutati nell'ambito delle Site Visit.

Si può concludere, con un certo orgoglio, che la Conferenza dei Presidenti ha messo in atto in modo pionieristico strategie per la diffusione della cultura e della valorizzazione della Qualità nell'ambito di un organismo complesso come è un CL in Medicina e Chirurgia in linea con la famosa dichiarazione di Bologna del 19 Giugno 1999.

Massimo Casacchia (*L'Aquila*)

Site visit tra pari

Nel progetto di promozione di una cultura della qualità nell'interno dei corsi di laurea, la Conferenza ha realizzato un programma, ideato e costruito da Andrea Lenzi, di *site visit tra pari*, per la valutazione dei corsi di laurea nelle diverse sedi, individuando in essi punti di forza e di eccellenza, punti di originalità e di sperimentazione, ma anche punti deboli di criticità e cause delle stesse.

Per raggiungere lo scopo è stato preparato, da una parte, un Questionario che esamina tutti gli aspetti della progettazione e gestione del corso di laurea e sono state costituite, dall'altra, delle Commissioni composte da due Presidenti e da un Past President. Le Commissioni, nelle singole sedi, hanno incontrato separatamente Docenti, Studenti e Personale amministrativo e con essi discusso ed approfondito i dati riportati nei questionari in precedenza ricevuti e compilati.

Finalità di queste visite sono stati: valutazione degli aspetti più innovativi nell'applicazione dell'autonomia didattica nei singoli CLM; identificazione dei punti di eccellenza da condividere tra CLM; rilievo delle criticità e ricerca di strumenti idonei ad evitarle o correggerle; realizzazione di una maggiore integrazione/omogeneità nelle attività formative dei CLM, tenendo anche in considerazione il riconoscimento professionale del titolo di studio a livello comunitario.

Tutto ciò con l'obiettivo di fornire uno stimolo a costruire percorsi di qualità, individuare e divulgare le punte di eccellenza, definire gli obiettivi didattici ed organizzativi omogenei, produrre linee guida condivise e rispettate, conseguire un contenimento delle criticità.

Sono state compiute le prime due esperienze di *site*

visit nazionali, la prima nel 2005-2006, la seconda negli anni 2008-2009, mentre una terza esperienza è in corso quest'anno.

I risultati delle inchieste, per quel che riguarda i dati positivi, sono stati trasmessi a tutti gli interessati quali modelli di eccellenza, mentre le eventuali disfunzioni rilevate sono state comunicate esclusivamente ai Responsabili dei Corsi.

Queste esperienze si sono affinate di anno in anno, da un esercizio all'altro, ed è lecito attendersi che tutto ciò condurrà alla realizzazione di uno strumento permanente di accreditamento non autoreferenziale.

Carlo Della Rocca (*Roma La Sapienza*)

In ricerca di evidenze in tema di ammissione a Medicina e Chirurgia

Il Gruppo di studio *Accesso alla Facoltà e Inserimento Professionale* ha tentato di porre basi di evidenza, analizzando i diversi modelli attualmente utilizzati negli altri paesi, studiando l'attuale processo di selezione e proponendo possibili correzioni all'attuale test, nel rispetto delle leggi vigenti. Sulla base del lavoro svolto (15 articoli in extenso, 4 comunicazioni a Congressi Internazionali), sono state formulate alcune indicazioni, riportate in estrema sintesi.

Considerando che, ad oggi, i test di abilità cognitiva (abilità linguistiche e matematiche, capacità di *problem solving* e capacità mnemoniche) sono i più predittivi, l'attuale test dovrebbe essere adattato almeno a questo standard internazionale, associandolo alla valutazione della carriera scolastica.

Vi sono inoltre altri metodi di selezione che il MIUR dovrebbe sperimentare: test psico-attitudinali specifici, colloqui strutturati o l'utilizzazione di un breve saggio scritto.

I test di valutazione della personalità e il saggio scritto potrebbero essere studiati somministrandoli a tutti gli studenti che partecipano al concorso di ammissione, allo scopo di valutare il grado di correlazione tra la discriminazione operata con i test di tipo cognitivo e la carriera scolastica, rispetto ai risultati che si avrebbero dalla valutazione complessiva di questi ultimi associati ai test psico-attitudinali. L'intervista strutturata dovrebbe invece essere somministrata solo agli studenti ammessi, in relazione alla sua complessità organizzativa.

Un congruo periodo di sperimentazione consentirebbe l'elaborazione di algoritmi di importanza di queste categorie di giudizio nella realtà socio-economica e culturale italiana, e la loro correlazione effettiva sia con la *performance* accademica nei primi tre anni di studio, sia nella predittività di un corretto comportamento clinico negli ultimi anni di corso o nel periodo post-laurea.

Al pari dei grandi problemi della medicina, sui quali si opera con il rigore della *evidence based medicine* (EBM), anche i problemi legati alla ricerca nel campo della pedagogia medica, debbono essere affrontati con il rigore che deriva dalla sperimentazione, secondo i criteri della *Best Education Medical Evidence* (BEME).

Giuseppe Familiari (*Roma La Sapienza*)

La Commissione Innovazione Pedagogica

La creazione della Commissione *Innovazione Pedagogica* fu inserita nel Manifesto di Intenti della Conferenza per il triennio 2005/08. La Commissione iniziò i suoi lavori nel Febbraio 2006 e da allora ha lavorato ininterrottamente al servizio della Conferenza.

La Commissione è coordinata da Pietro Gallo e vi hanno partecipato attivamente, fin dalla sua fondazione, un nucleo di membri stabili (Luciano Vettore, Carlo Della Rocca, Giuseppe Familiari, Rosa Valanzano ed un rappresentante del SISM), mentre altri Presidenti hanno collaborato per periodi più limitati (Gian Battista Azzena, Paola Binetti, Achille Cittadini, Marella Maroder, Gianluca Vago). La Commissione, ha sempre lavorato in stretta sinergia con la Società Italiana di Pedagogia Medica, si è proposta come *provider* di consulenze nel campo della Pedagogia Medica per i Presidenti di CCL, ma in questo senso ha avuto un numero di richieste limitato e sporadico. Intensa e costante è stata invece l'organizzazione di eventi che si sono svolti durante le riunioni della Conferenza. I formati iniziali sono stati *mini-lectures* (le pillole-pedagogiche) ed eventi formativi (i mini-atelier). Dal 2009 la Commissione ha individuato un nuovo formato: quello delle trilogie, dedicate al medesimo tema, ed articolate in tre diversi incontri con differenti formati: un mini-atelier, con lavori di gruppo gestiti da esperti di pedagogia medica, una pillola pedagogica e un forum, con lavori di gruppo animati da Presidenti di CCL – scelti in base alle risultanze delle *on-site visit* – che riferiscono su iniziative esemplari delle proprie Sedi.

Pietro Gallo (*Roma La Sapienza*)

Storia del Core Curriculum

La storia del “core curriculum” italiano per il Corso di Laurea in Medicina inizia oltre 10 anni fa, sulle suggestioni delle “Blueprint” di Maastricht e su stimolo di Giovanni Danielli, e nasce dalla consapevolezza della ridondanza disciplinare dei programmi d'insegnamento, troppo spesso disinteressati agli obiettivi di apprendimento.

La prima tappa della “lunga marcia” produce un *col-lage* dei programmi dei docenti delle singole discipline e rappresenta il motore del processo e dei progressi via via successivi: la trasformazione graduale degli argomenti da insegnare in obiettivi formativi, cioè in contenuti da apprendere, che mettono lo studente nella posizione attiva rispetto al ruolo del docente, che da trasmettitore di conoscenze diventa così facilitatore del processo di apprendimento; la loro distinzione nei differenti campi del sapere: cognitivo, psico-motorio, relazionale e metodologico o meta-cognitivo (cioè di stimolo alla riflessione); l'individuazione dei loro livelli tassonomici: ricordare, interpretare, decidere per risolvere problemi per gli obiettivi cognitivi; aver visto fare, aver provato a fare, diventare capaci di fare in modo autonomo e automatico per le abilità operative, gestuali e relazionali.

Il momento essenziale nella trasformazione dei contenuti del “core” è stato quello di far iniziare la scrit-

tura di ogni obiettivo formativo - chiamato da questo momento “unità didattica elementare” (UDE) - con un verbo, che indica l'azione che lo studente deve imparare a compiere.

Questa operazione di riscrittura ha comportato la presa di coscienza dell'eccessivo spazio dato alle UDE di natura cognitiva al più basso livello tassonomico: quello della mera memorizzazione delle nozioni, rispetto ai livelli più elevati della trasformazione delle conoscenze in competenze professionali.

Tutto ciò ha portato come risultato rilevante la drastica riduzione delle ridondanze, nonché la graduale (anche se non ancora soddisfacente) attenuazione delle barriere disciplinari, purtroppo ostacolata dalla persistente attribuzione dei crediti formativi (tempo-studente) ai settori scientifico-disciplinari (indicatore di competenza dei docenti e non di impegno nell'apprendimento degli studenti).

La versione attuale del *core* è consultabile sul sito web della Conferenza, così da facilitarne i suggerimenti di modifiche da parte dei CCdL, per i quali il *core* nazionale vuole essere uno strumento di programmazione e non un elenco di UDE al quale adeguarsi acriticamente.

La strada non è ancora giunta al traguardo definitivo (forse mai raggiungibile, perché la stesura di un *core* è un processo in continuo divenire): un ulteriore progresso si è realizzato – grazie al lavoro della Commissione per l'innovazione didattico-pedagogica – con la definizione delle attività formative professionalizzanti (AFP) e grazie agli eventi pedagogici (mini-pillole, mini-atelier e forum) offerti nell'ultimo periodo nelle riunioni della Conferenza: per esempio è stato possibile il sostanziale ridimensionamento dell'elenco delle *practical skills* a un numero contenuto e realisticamente acquisibile di abilità operative.

Il percorso ancora da affrontare e da perfezionare è ora quello dell'integrazione orizzontale e verticale tra le UDE con contenuti teorici di base e preclinici e le UDE professionalizzanti di natura clinica e metodologica: questa operazione richiederà nel tempo l'integrazione in problemi delle UDE per la definizione razionale delle competenze professionali; e richiederà anche l'individuazione di metodologie avanzate per la valutazione dell'apprendimento, coerenti con gli obiettivi formativi; metodologie che rappresentano uno strumento essenziale per facilitare l'indispensabile integrazione dei saperi teorici e pratici.

Eugenio Gaudio (*Roma La Sapienza*),
Luciano Vettore (*Verona*)

Insegnamento per problemi e per obiettivi

L'argomento è stato più volte dibattuto in sessioni plenarie e in sede di commissioni all'uopo istituite dalla Conferenza, anche se non si è mai pervenuti alla stesura di documenti definitivi aventi anche ricaduta concreta sulla didattica e sull'apprendimento. Numerosi sono i contributi apparsi nella letteratura in questi ultimi trenta anni sul tema dell'apprendimento per problemi e della capacità di risolvere problemi clinici (*Problem Based Learning e Problem Based Solving*). Tali contributi sono pubblicati prevalentemente su riviste specia-

lizzate e solo raramente su riviste di interesse generale. Imparare ad affrontare problemi clinici e risolverli implica acquisire la capacità e la competenza di fare diagnosi e di prescrivere una corretta terapia. Questo processo viene definito come l'acquisizione della capacità di ragionamento clinico. Il settore è andato incontro nel tempo a vari cambiamenti di direzione e recenti contributi, derivanti in particolar modo dalla psicologia cognitiva, suggeriscono indirizzi pedagogici basati su prove di efficacia (*Evidence Based Pedagogic Advice*). Le prime ricerche erano basate sull'assunzione che la competenza clinica (*expertise*) consistesse nella acquisizione di strategie generali o euristiche, con conseguente capacità di risolvere problemi clinici. Purtroppo l'approccio metodologico si rivelò semplicistico: la capacità di risolvere un particolare problema clinico si dimostrò essere poco predittiva di successo nel risolvere il problema successivo. Il fenomeno fu chiamato specificità di contenuto o di caso (*case specificity*), un termine che implicava una stretta correlazione tra successo nella soluzione di un problema e possesso della giusta componente di conoscenza del contenuto. La ricerca si focalizzò nel cercare di capire qual'era il tipo di conoscenza che distingueva gli esperti dai novizi nella capacità di fare diagnosi e di prendere decisioni. I più esperti descrivono i casi in modi differenti dai meno esperti e sicuramente queste differenze devono riflettere il tipo di conoscenza che si associa alla loro maggiore competenza (Norman, 1988). La risposta a questa domanda nasconde in sé tutta la complessità correlata con il ragionamento clinico e con la decisione medica.

Gli studi psicologici sul ragionamento sono stati profondamente influenzati dalle teorie cognitive del doppio sistema o del processo duale (*two-system or dual process*) (Kahneman, 2003; Tversky e Kahneman, 1974). Il primo, chiamato Sistema 1, è un sistema di giudizio intuitivo avente caratteristiche in parte correlate con la percezione. Questo sistema è veloce, immediato, automatico, inconscio, contestuale ed è basato prevalentemente su conoscenza acquisita con esperienza, su modelli mentali idiosincratici, su esempi precedenti e sul *pattern recognition*; è influenzato dallo stato emozionale dell'operatore e dalla componente emozionale del contenuto. Il Sistema 2 è lento, faticoso, controllato, seriale, governato da regole applicate in maniera emotivamente neutrale, fondato sulla razionalità, flessibile. Esso è basato sulla conoscenza teorica (episteme), sulla conoscenza della fisiopatologia dei sintomi e dei segni, sulla interpretazione del laboratorio, sulle evidenze diagnostiche e terapeutiche (EBM). Esso tuttavia è facilmente disatteso in presenza di un elevato contenuto di conoscenza. Come si è detto, il sistema 1 è correlato con la percezione, un sistema che automaticamente e tacitamente codifica una serie di informazioni, quali la frequenza degli eventi e l'associazione tra eventi che accadono contemporaneamente. I due sistemi, come pure quello percettivo, operano insieme e tra loro interagiscono.

La prospettiva dei due sistemi integra i risultati della ricerca e delle conoscenze acquisite sul *problem-solving* e sul *decision-making* e fornisce delucidazioni sulle differenze individuali e contestuali segnalate nel

ragionamento clinico. Inoltre essa fornisce una importante base per ricadute educazionali che hanno ricevuto recentemente attenzione con risultati promettenti in campo pedagogico, sia per una riformulazione del metodo di ragionamento clinico, sia per la definizione degli obiettivi di apprendimento. In sintesi, il sistema 1 è correlato all'apprendimento per problemi, implica la formulazione di ipotesi in assenza di ragionamento analitico (processo di tipo induttivo) e sollecita una conoscenza per esperienza con accumulo di modelli e di rappresentazioni concettuali. Il sistema 2 viene evocato attraverso il linguaggio, comporta un ragionamento analitico sulla base di conoscenza scientifica e di contenuti formali (processo ipotetico-deduttivo).

Questi concetti, qui riportati sinteticamente, richiedono adeguato approfondimento e proposte concrete formulate possibilmente come linee guida per applicazioni pratiche nell'insegnamento della medicina clinica pre e post laurea (Norman, 2005; Eva, 2005)

Giuseppe Realdi (*Padova*)

Obiettivi e realizzazioni relative alle attività teorico-pratiche (AFP)

Dalla 84° riunione della CPPCCLM nel settembre 2006 alla 96° Riunione nell'aprile del 2010, dapprima il Gruppo di Studio costituito ad hoc e successivamente la Commissione per l'innovazione pedagogica hanno approfondito il tema dell'attività didattica teorico-pratica, meglio definibile come attività formativa professionalizzante (AFP), e ne hanno dato di volta in volta conto alla Conferenza sotto forme di mini-atelier, pillole pedagogiche e forum sulle esperienze locali.

Gli obiettivi proposti fin dall'inizio sono stati in gran parte raggiunti; in particolare possono essere sintetizzati come segue:

- individuazione di un numero contenuto di attività pratiche veramente essenziali, contenute nel core curriculum e perseguibili dalla maggioranza dei CdLM;
- definizione e individuazione delle attività professionalizzanti di natura metodologica da affiancare alle tradizionali "abilità pratiche";
- individuazione delle integrazioni più funzionali tra le differenti attività professionalizzanti e le loro basi teoriche di conoscenza (afferenti a molteplici e diversi ambiti culturali);
- collocazione razionale delle differenti attività professionalizzanti nei diversi tempi curriculari, con scansione dei momenti di insegnamento, apprendimento e valutazione.

Sono inoltre previste nel prossimo futuro:

- l'integrazione nel lavoro della Commissione per l'innovazione pedagogica e quella del core curriculum per raggiungere in questo l'uniformità delle UDE professionalizzanti;
- la definizione di "griglie analitiche" per la valutazione oggettiva del grado di abilità acquisita relativamente alle UDE pratiche, con il fine di facilitare ai CdLM l'organizzazione e l'allestimento di prove OSCE locali per la verifica dell'apprendimento delle AFP.

Luciano Vettore (*Verona*)