

FRANCESCO DAMMACCO

Prorettore dal 2000 dell'Università di Bari. La sua carriera universitaria si è svolta presso l'Istituto di clinica medica di Bari a partire dal 1976. Nel 1980 ha assunto la direzione dell'Istituto di Patologia Medica dell'Università di Bari. Dal 1996 al 2000 ha diretto il Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia umana. Autore di numerosissime pubblicazioni scientifiche, nel 1989 ha pubblicato *Immunologia in medicina* (2 voll., Edi-Ermes). È redattore capo della rivista *Clinical and Experimental Medicine* e membro della Società italiana di Immunologia e Immunologia Clinica e dell'American Association of Immunologists.

Attualmente è presidente del Collegio nazionale dei docenti di Medicina Interna.

GIOVANNI DANIELI

Professore di Medicina Interna. Già direttore dell'Istituto di Clinica Medica dell'Università di Ancona. Benemerito della Cultura e della Scienza. Past president della Conferenza permanente dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia. Segretario Onorario della Conferenza permanente per i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie. Presidente dell'Accademia medico-chirurgica del Piceno. Direttore dei periodici *Medicina e Chirurgia*, *Lettere dalla Facoltà*, *Bollettino ColMed/09*.

La formazione del medico dalla tabella XVIII ai nostri giorni

FRANCESCO DAMMACCO E GIOVANNI DANIELI

Per quasi cinquant'anni l'Ordinamento del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ha seguito senza modifiche rilevanti le norme codificate dal Regio Decreto 4 giugno 1938, n.1269 (Regolamento Studenti) che comprendeva tra l'altro una Tabella, denominata Tabella XVIII, nella quale erano elencati i ventuno esami fondamentali e i tre complementari che costituivano l'intero piano di studi e la loro distribuzione nei sei anni di corso.

Nella seconda metà degli anni '80, e quindi circa cinquanta anni più tardi, anche sulla spinta di nuove tendenze culturali che si affacciavano in Europa, si sviluppò un vivace dibattito nel mondo accademico che portò alla elaborazione ed alla conseguente applicazione di un nuovo Ordinamento didattico (Decreto del Presidente della Repubblica n. 95/1986)¹. A tale dibattito dettero un importante contributo, in termini di progettazione e pianificazione della formazione medica, sia le singole Facoltà che la Conferenza permanente dei Presidi e quella dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia. Si giunse così – parzialmente nel 1987 e globalmente l'anno successivo – all'applicazione nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia del nostro Paese di quella che convenzionalmente venne definita la “nuova Tabella XVIII”, caratterizzata da una serie di importanti innovazioni tra le quali meritano di essere ricordate²:

- adozione del numero programmato e conseguente concorso per la selezione

- dei candidati; questa modalità poneva termine alla illimitata possibilità di accesso (indipendentemente dalla tipologia del Diploma di scuola media superiore) prevista dal decreto Codignola, che aveva determinato un numero esorbitante di iscrizioni (ad esempio, oltre 20.000 studenti nel solo 1971!);
- introduzione dell'insegnamento di tipo attivo, basato sull'istituzione della "didattica tutoriale";
 - definizione preliminare degli obiettivi didattici che ciascun corso di insegnamento consente di conseguire;
 - confluenza di più insegnamenti a costituire raggruppamenti più ampi ed articolati, denominati "corsi integrati";
 - istituzione di esami accorpatisi, con l'intento di ridurre il numero delle verifiche di profitto;
 - tempo pieno per lo studente, scandito dal numero di ore attribuito ad ogni disciplina e quindi ad ogni corso integrato;
 - abolizione degli insegnamenti complementari e conseguente piena utilizzazione di tutti i Docenti nella programmazione didattica della Facoltà;
 - suddivisione dei corsi in semestri, a ciascuno dei quali segue il corrispondente esame, in maniera da favorire – almeno nelle intenzioni – un rapporto ottimale, anche dal punto di vista temporale, tra insegnamento, apprendimento e valutazione.

Nonostante questo nuovo Ordinamento fosse stato proposto con l'intento di realizzare un profondo rinnovamento nella formazione del medico, i risultati conseguiti furono tuttavia largamente inferiori a quelli attesi. Si registrò ad esempio un incremento, anziché una riduzione, del numero degli studenti fuori corso e la percentuale dei giovani che conseguivano la laurea in sei anni rimase grosso modo invariata intorno al 20-25% degli iscritti, ben lungi quindi dalla media europea che era del 90% di studenti che si laureavano al termine dei regolamentari sei anni di corso.

Altrettanto deludente fu la constatazione che la nuova Tabella non era riuscita a modificare i comportamenti dei docenti, forse anche per una loro scarsa adesione al progetto. Nella maggior parte dei casi, infatti, rimasero inespresse la definizione qualitativa e quantitativa degli obiettivi specifici di apprendimento su cui si basava la nuova riforma, la fusione delle discipline nei corsi integrati e di questi nelle aree didattico-formative, nonché le connessioni tra scienze di base e scienze cliniche, sempre auspicate e mai realizzate. L'accorpamento degli esami si risolse nella somma delle singole discipline, senza sostanziali variazioni nel loro numero eccessivo e nei loro contenuti per lo più nozionistici, riferiti ad ambiti disciplinari ristretti e quasi mai valutati con criteri obiettivi e riproducibili³. Il rigido ancoraggio alla suddivisione oraria della Tabella comportò infine un ecces-

so delle ore di didattica formale, svolta in gran parte con lezioni accademiche tradizionali.

La consapevolezza di questi limiti e gli adempimenti resi obbligatori dall'avvento della Legge 19/11/1990 n.341⁴, sollecitati dalla pubblicazione delle *Recommendations on Undergraduate Medical Education*⁵ (Utrecht, Ottobre 1983), e della *Dichiarazione di Edimburgo*⁶ indussero la Conferenza dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea, magistralmente guidata da Luigi Frati, a intraprendere un lavoro di revisione della nuova Tabella XVIII, al fine di consentire un'applicazione più efficace dei principi pedagogici innovativi che avevano fin dagli inizi ispirato il nuovo ordinamento degli studi. La proposta di revisione⁷ venne esaminata da una Commissione ministeriale presieduta dal professor Nicola Dioguardi, alla quale era stato demandato il compito di preparare il documento finale di riordino dell'Ordinamento. Tale proposta apparve nella *Gazzetta Ufficiale* n. 255 del 30/10/1996⁸.

I principi pedagogici che avevano trovato spazio nel nuovo Ordinamento didattico dei Corsi di Laurea in Medicina furono in parte ripresi dal *Regolamento recante norme per l'Autonomia Didattica degli Atenei*⁹, pubblicato come Decreto Ministeriale n. 509 nella *Gazzetta Ufficiale* del 4 gennaio 2000. Benché l'obiettivo del Regolamento fosse quello di promuovere una armonizzazione della formazione medica in Italia con quella degli altri Paesi europei, di fatto esso realizzava una terza riforma degli studi medici nello spazio di quindici anni.

Due erano i capisaldi che caratterizzavano il D.M. n. 509: l'autonomia e la flessibilità. Il Regolamento si limitava ad indicare esclusivamente i principi essenziali di ogni ordinamento, lasciando alle singole Facoltà ed alle loro strutture didattiche la piena libertà di organizzare il percorso formativo secondo le peculiarità e le esigenze di sede.

Una caratteristica essenziale del Regolamento sull'autonomia, che certamente rappresentò una forte innovazione rispetto al passato, fu l'impostazione dell'organizzazione didattica intesa a soddisfare prioritariamente le esigenze dello studente, ponendo quest'ultimo al centro del processo educativo. Si realizzava in tal modo una profonda svolta innovativa, grazie alla quale la tradizionale formazione *teacher-centered* si trasformava in una moderna educazione *student-centered*.

Ciò comportò la definizione preliminare e puntuale dei contenuti dell'apprendimento sotto forma di obiettivi didattici specifici, che andarono a sostituire in modo ben più efficace i tradizionali programmi d'insegnamento: questi ultimi, infatti, sancivano ciò che i docenti intendevano insegnare, mentre l'insegnamento per obiettivi indicava chiaramente i risultati che lo studente doveva raggiungere nelle successive fasi della sua formazione e le competenze reali sulle quali sarebbe stato valutato. Un altro elemento fortemente innovativo fu rappresentato

dalla nuova interpretazione dei cosiddetti crediti formativi, che da allora non indicarono più il numero di ore di didattica, per lo più svolta sotto forma di lezioni, attribuite ad ogni disciplina o corso di insegnamento, bensì come lavoro dello studente espresso in ore, ossia il tempo necessario per poter assimilare e conseguire gli obiettivi propri di un determinato insegnamento.

La traduzione del Regolamento nel *Decreto d'Area per la Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia* prevedeva che oltre la metà del tempo/lavoro dello studente (non meno di 4.500 ore su 9.000) fosse riservato allo studio individuale, durante il quale il Discente organizzava, in risposta alle esigenze culturali personali, la propria preparazione senza la presenza fisica dei Docenti. Tutto ciò richiedeva l'acquisizione dell'abilità a ricercare in modo autonomo le conoscenze necessarie a costruire il proprio sapere, capacità che dovevano fare dello Studente un *learner for life* in tutto il suo cammino professionale. Il Regolamento prevedeva inoltre che per il raggiungimento di questa abilità lo studente fosse seguito, durante la sua formazione, da due figure di tutore: a) il tutor consigliere, che per tutto il corso degli studi rappresenterà il riferimento personale del Discente per qualsiasi problema relativo alla propria formazione; b) il *tutor docente*, impegnato nella didattica interattiva con funzioni di facilitatore dell'apprendimento e non di trasmettitore di conoscenze.

La realizzazione di una didattica incentrata sul discente trovò piena corrispondenza nella organizzazione del *curriculum*, che vide la scomparsa delle discipline e la loro sostituzione con i compiti didattici affidati ai singoli docenti. L'affidamento viene effettuato all'inizio di ogni anno accademico, tenendo conto della competenza didattica e scientifica di ogni docente, certificata dalla sua appartenenza ad un determinato settore scientifico-disciplinare.

In sostanza, in un sistema nel quale l'attività dei docenti è al servizio dell'apprendimento degli studenti e tale apprendimento è finalizzato alla formazione culturale e professionale e quindi all'acquisizione armonica di conoscenze, competenze, abilità e comportamenti, non è più il singolo docente a stabilire in totale autonomia i contenuti, i modi e i tempi del proprio insegnamento. Al contrario, è la collegialità dei docenti, meglio se supportata da consulenze pedagogiche adeguate, a definire analiticamente i contenuti dell'apprendimento attinenti ai vari ambiti disciplinari (cioè gli obiettivi didattici specifici), a stabilire la loro aggregazione razionale e funzionale in corsi integrati di insegnamento e ad affidare per competenza ai singoli docenti l'espletamento di precisi compiti didattici, organicamente armonizzati nel *curriculum* complessivo che realizza la *mission* di ogni Corso di Laurea.

Appare quindi evidente come la definizione degli obiettivi sia la *conditio sine qua non* per l'identificazione dei contenuti essenziali e irrinunciabili sia dell'ap-

prendimento che dell'insegnamento, cioè del cosiddetto *core curriculum*, che stabilisce il repertorio dei saperi minimi essenziali che lo studente dovrà acquisire nel Corso di Laurea. Il *core curriculum*¹⁰⁻¹¹ è pertanto diventato uno strumento utilissimo per i Docenti, ai quali fornisce l'opportunità di definire i contenuti del proprio insegnamento, evitando ridondanze ed omissioni, ed è altrettanto utile per i discenti che – disponendo di una guida sicura – possono organizzare il proprio apprendimento non soltanto ai fini della preparazione degli esami del Corso di Laurea, ma anche per le prove che dovranno superare successivamente, l'Esame di Stato di abilitazione professionale e l'accesso alle Scuole di Specializzazione.

Tra le altre innovazioni apportate dal Decreto Ministeriale n. 509, deve essere anche menzionata l'introduzione dell'Attività Didattica Elettiva (300 crediti sui 1.000 totali previsti dal Corso di Laurea di allora), che portò al superamento dell'antica e ormai anacronistica distinzione tra materie fondamentali e complementari, spostando ancora una volta tutta l'attenzione dal docente e dalla disciplina al discente e alle sue esigenze.

L'attività elettiva personalizza il *curriculum* dello Studente, consentendogli da una parte di approfondire quei temi che più sono congeniali ai suoi interessi culturali e dall'altra di sondare le caratteristiche di possibili scelte professionali future. Essa permette inoltre lo snellimento dei contenuti del *core curriculum*, limitati a quanto sia ritenuto irrinunciabile per la formazione iniziale di un medico non specialista. L'attività elettiva permette infine ai docenti con competenze disciplinari più specialistiche, impropriamente definite "marginali", di dare il proprio prezioso contributo alla formazione dei futuri medici, oltre tutto rispondendo – sia pure in tempi ristretti – alle esigenze spontanee e all'interesse autentico di una parte degli studenti.

L'attività didattica elettiva è per lo più costituita da corsi "monografici", che possono essere realizzati (se necessario) con lezioni formali ma, più utilmente, in ragione della loro natura e della loro destinazione a un numero ridotto di Studenti, con forme di didattica interattiva, seminariale o a piccoli gruppi. Potendo gli studenti esercitare una libera scelta secondo criteri individuali di utilità, alle Facoltà compete il compito di preparare una gamma ampia e polimorfa di corsi elettivi propri di ciascun Corso di Laurea, ma anche pluridisciplinari e multiprofessionali perché possano contemporaneamente giovare anche studenti appartenenti a Corsi di Laurea differenti.

Tra le possibili scelte elettive, vanno annoverati per la loro indubbia utilità anche brevi periodi di internato (1-3 settimane) presso strutture cliniche o laboratori di ricerca. L'internato può infatti consentire allo studente di perseguire particolari obiettivi didattici partecipando a lavori di ricerca o frequentando reparti clini-

ci, sale operatorie, strutture diagnostiche ed acquisendo crediti formativi.

Come già detto, i crediti rappresentano il numero di ore di lavoro richieste allo studente per conseguire gli obiettivi propri di ciascun momento formativo. Un credito equivale a 25 ore di “tempo-studente”; ad ogni corso viene assegnato un numero di crediti che indica il tempo necessario per l’apprendimento dei suoi contenuti. Almeno teoricamente, i crediti attribuiti ad un corso di insegnamento dovrebbero corrispondere alla somma dei crediti propri degli obiettivi didattici che vi confluiscono; la loro acquisizione è attestata dal superamento della prova di esame.

Per la Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia, ora denominata Laurea Magistrale, occorre acquisire 360 crediti, equivalenti a 9.000 ore di impegno complessivo dello studente, pari a 1.500 ore per anno per 6 anni. Il Regolamento pone tuttavia alcune delimitazioni: almeno il 50% del monte ore deve essere riservato allo studio individuale, che viene quindi considerato parte integrante dell’orario accademico; 1.500 ore sono dedicate all’attività formativa professionalizzante, istituita dal D.M. n. 509, che comprende l’insieme delle attività svolte dallo studente in ambito clinico a partire dal terzo anno di corso sino alla laurea, per acquisire le abilità gestuali, relazionali ma anche metodologiche necessarie alla futura professione. Le restanti 3.000 ore sono distribuite tra le attività formative del *core curriculum* (distinte in attività di base, caratterizzanti e integrative) e le attività elettive, finalizzate alla preparazione della tesi, all’acquisizione di una lingua straniera e ad altre attività (informatica, tirocini pratici, ecc.).

Le attività proprie del *core curriculum* si realizzano con tutte le metodologie didattiche utili, scelte in stretta relazione al tipo di obiettivo da conseguire: lezioni *ex cathedra*, ma anche e soprattutto metodologie interattive quali la didattica tutoriale e i seminari interdisciplinari. Questi ultimi rappresentano forme di insegnamento integrato sia in senso orizzontale (tra più corsi dello stesso anno), sia verticale (tra corsi di anni successivi)¹², istituite allo scopo di fornire una visione unitaria di conoscenze multidisciplinari.

L’attivazione di modalità didattiche interattive, l’affermazione della didattica elettiva che spesso le utilizza, nonché la valorizzazione della didattica tecnico-pratica¹³ e dell’attività formativa professionalizzante¹⁴ (60 crediti, ossia 1.500 ore, ad essa riservate) hanno efficacemente ridimensionato il tempo dedicato alle lezioni *ex cathedra*, definite anche formali o frontali, per la posizione che il docente ha nei confronti dei discenti. Pertanto, mentre fino a non molto tempo fa le lezioni *ex cathedra* erano la forma di gran lunga prevalente, se non unica, dell’insegnamento nelle nostre Facoltà, oggi esse rappresentano non più di un terzo dell’intera attività didattica. Esse risultano comunque sempre molto utili non solo per il loro contenuto e il valore formativo, ma anche per la possibilità che offro-

no di poter essere erogate, tramite l'*e-learning*¹⁵, ad una classe molto più ampia di studenti.

Viene valutata ogni forma di didattica impartita. L'Ordinamento ribadisce infatti che "l'efficienza didattica del Corso di Laurea è sottoposta con frequenza almeno triennale a verifica qualitativa". Il principio ha trovato applicazione nella costituzione dei nuclei di valutazione di Ateneo, nonché nelle numerose attività di verifica svolte da ogni Facoltà con inchieste, censimenti, interviste e, più di recente, con l'applicazione del *Progress Test*¹⁶ e del programma di *site visit di valutazione tra pari*¹⁷ volute da Andrea Lenzi e realizzate dai Presidenti del Corso di Laurea in tutte le sedi Universitarie in due tornate, nel 2006 e nel 2008.

Pochi anni dopo la pubblicazione del D.M. n. 509, con il D.M. n. 270 del 22 ottobre 2004¹⁸⁻¹⁹ fu istituita la Laurea Magistrale per i Corsi di Laurea come Medicina e Chirurgia, che è a ciclo unico e dura sei anni. Il Decreto apportava alcune innovazioni, sempre nell'ottica di adeguare la formazione dei professionisti della salute al modello europeo²⁰, che solo marginalmente hanno interessato le Facoltà di Medicina e Chirurgia del nostro Paese in quanto le novità dell'ordinamento erano state già recepite nelle tre successive tabelle prima citate: la nuova tabella XVIII del 1986; la tabella XVIII bis del 1987 e la tabella XVIII ter del 1996. Tra tali innovazioni, meritano di essere ricordate: a) la conferma del numero massimo di 36 Corsi Integrati e quindi di esami in cui si articola il Corso di Laurea; b) una più razionale distribuzione dei crediti; c) l'attivazione di nuovi ambiti quali Medicina delle attività motorie e del benessere; Inglese scientifico e abilità linguistiche, informatiche e relazionali; pedagogia medica, tecnologie avanzate e a distanza di informazione e comunicazione; *Scienze Umane*, politiche della salute e management. Già da questi titoli si comprende come il nuovo Ordinamento, attivato quest'anno in tutte le Facoltà di Medicina e Chirurgia del nostro Paese, abbia tenuto in ampia considerazione le nuove tendenze della formazione medica, finalizzata a risolvere i problemi di salute dei cittadini.

È stato inserito inoltre un ambito formativo dedicato alla Medicina di Comunità, comprendente i settori scientifico-disciplinari della Medicina Interna e di Malattie Infettive, Medicina Fisica e Riabilitativa, Pediatria, Igiene e ciò coerentemente con la missione del Corso di Laurea, che tende a formare un medico con una cultura biomedico-psico-sociale,²¹ un medico "che possieda una visione multidisciplinare ed integrata dei problemi più comuni della salute e della malattia, con una sua educazione orientata alla comunità ed al territorio e fondamentalmente alla prevenzione delle malattie e alla promozione della salute, e con una cultura umanistica nei suoi risvolti di interesse medico".

L'aderenza a questo principio comporta la necessità di una formazione, opportunamente guidata, parzialmente svolta nel territorio²² tra ambulatori di Medi-

cina Generale e Distretti e con la piena partecipazione dei Medici attivi in queste strutture, nonché una distribuzione nei sei anni di Corso dell'insegnamento delle Scienze Umane.

Nell'ambito della revisione degli ordinamenti didattici, passando dal pre- al post-Laurea, di grande rilievo deve essere considerato il "Riassetto delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria" preparato da un Comitato Nazionale presieduto dal professor Aldo Pinchera, approvato dal Cun e pubblicato sulla G.U. n. 258 del 5 novembre 2005²³. Il nuovo percorso formativo delle Scuole prevede, tra tante significative innovazioni, anche l'istituzione del Tronco Comune, un periodo di formazione di oltre un anno condiviso da tutti gli Specializzandi delle diverse Scuole afferenti alla stessa area. Il Tronco Comune costituisce, in pratica, l'insieme dei saperi essenziali che tutti i medici in formazione specialistica devono possedere, quale che sia la loro Scuola di appartenenza. Consta di 81 crediti, di cui 21 riservati all'Attività Didattica Formale e 60 all'Attività Formativa Professionalizzante, crediti che si acquisiscono mediante la partecipazione alle attività cliniche di Medicina Interna e Chirurgia generale nonché delle Medicine specialistiche, del Pronto Soccorso e dei Servizi sanitari, secondo un calendario che prevede la rotazione degli studenti, soprattutto nel primo anno, nelle varie strutture cliniche e nei servizi.

L'introduzione del Tronco Comune è rimasta pressoché del tutto disattesa nei primi anni, per una sorta di resistenza passiva da parte dei Collegi dei Docenti delle varie Scuole ad attuare una modifica oggettivamente sostanziale nell'organizzazione didattica, anche in ragione delle notevoli diversità esistenti tra Scuole afferenti a Facoltà mediche di grandi, medie e piccole dimensioni numeriche. Un importante contributo al superamento di questa fase di stallo è stato apportato dal Collegio dei Docenti di Medicina Interna, che ha elaborato un dettagliato progetto organizzativo di Tronco Comune²⁴, utilizzato come modello di riferimento anche dalle Scuole di Specializzazione dell'Area chirurgica e dei Servizi. Per oltre 900 anni le Facoltà di Medicina hanno formato un'unica figura professionale, il medico, il "dottore" per antonomasia. A questo si è affiancata nell'ultimo secolo dapprima la figura del medico specialista e poi quella del laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria. Negli ultimi venti anni sono stati inoltre attivati i Dottorati di Ricerca, i Corsi di Laurea triennali e quelli di Laurea Specialistica delle Professioni Sanitarie (spesso decentrate in più sedi), nonché i Corsi di Laurea in Biotecnologie e in Scienze motorie²⁵. Tali innovazioni hanno determinato la presenza nelle Facoltà di più coorti di Studenti nonché alcuni problemi collegati, quali il numero non sempre sufficiente di Docenti e gli spazi didattici non sempre adeguati per il loro addestramento. Anche da questa realtà è scaturito

ta l'esigenza di una didattica multiprofessionale, realizzata per Studenti di più Corsi di Laurea su temi di interesse comune, quali ad esempio la storia e la filosofia della Medicina, l'antropologia, l'etica e la deontologia professionale, il *management* sanitario. Questa nuova realtà didattica permette di far incontrare, colloquiare su argomenti condivisi ed interagire operativamente professionisti con competenze diversificate, ma destinati ad una futura collaborazione ed integrazione. L'inizio di questa consuetudine già negli anni dell'Università ha l'indubitabile merito di addestrare gli studenti al lavoro di squadra, coerentemente con una nuova concezione dell'assistenza, che vede il problema clinico affrontato e risolto non da un solo operatore, ma da una *équipe* di professionisti, ciascuno dei quali fornisce il suo specifico contributo alla risoluzione del problema, pur conservando la propria autonomia decisionale e la propria responsabilità.

I profondi cambiamenti intervenuti nella formazione del medico sono stati il risultato dei nuovi Ordinamenti europei e di quelli che si sono succeduti in Italia, ma soprattutto di un modo nuovo di sentire la medicina nel contesto di una società che cambia. Si può al proposito affermare che gli Ordinamenti hanno avvertito questa necessità di cambiamento e l'esigenza di adeguarsi alle nuove esigenze dei cittadini.

Esigenze di oggettività e di razionalità, innanzitutto, che portano la medicina a basarsi essenzialmente sui dati acquisiti con metodo sperimentale: si giustifica in tal modo la grande espansione negli ultimi venti anni della "Medicina Basata sulle Evidenze" (Ebm: *Evidence Based Medicine*)²⁶. Il presupposto fondamentale della Ebm, infatti, è che il medico, e con lui qualsiasi altro professionista della salute, nel formulare una diagnosi o una prognosi e nel prescrivere o nel somministrare una terapia, deve certamente utilizzare le proprie conoscenze ed esperienze, ma sempre – quando ciò sia possibile – tener conto delle evidenze o meglio delle prove di efficacia scaturite dalla ricerca clinica internazionale, oggi prontamente disponibili grazie allo sviluppo telematico. In altri termini, la risoluzione di un problema clinico deve sempre essere incentrata sull'ascolto accurato della persona/paziente, sull'osservazione approfondita e sul ragionamento, ma questi strumenti perenni del metodo clinico debbono essere integrati dagli adempimenti richiesti dalla Ebm, vale a dire la formulazione nei vari momenti dell'iter decisionale di quesiti diagnostici, prognostici e terapeutici che il caso evoca, la ricerca di risposte affidabili attraverso la raccolta delle evidenze o prove scientifiche e infine, la valutazione critica di tali prove ed il loro adattamento al caso in esame. Dalla Ebm sono derivate la Ebn (*Evidence Based Nursing*), la Ebme (*Evidence Based Medical Education*): la prima propone anche per la professione infermieristica la ricerca delle evidenze quale presupposto del processo decisionale; la seconda, di significato più specificamente pedagogico, sottopone alla ricerca delle pro-

ve di efficacia la scelta delle metodologie didattiche idonee per l'acquisizione di differenti obiettivi di apprendimento.²⁷

Rientra in questa visione anche l'attenzione rivolta all'insegnamento del *Management sanitario*, cioè all'acquisizione di una competenza decisionale coerente con il buon utilizzo delle risorse disponibili. La necessità di questa formazione è particolarmente avvertita in un momento in cui lo sviluppo delle scoperte scientifiche e tecnologiche ha reso estesamente disponibili complesse e raffinate, ma anche costose, tecniche di indagine diagnostica e nuovi straordinari mezzi terapeutici, i quali comportano ovviamente un incremento progressivo dei costi sanitari. Da ciò l'esigenza di perseguire la razionalizzazione della spesa, anche e soprattutto attraverso un'accurata e prolungata educazione dei futuri professionisti della salute ai principi dell'economia sanitaria.

Meritano infine di essere menzionate le *Scienze Umane*²⁸, che hanno avuto largo spazio nei *curricula* di tutti i Corsi di Laurea della Facoltà. Si ritiene infatti irrinunciabile questo forte *imprinting* nella formazione di tutti i professionisti della salute, che si richiama all'esigenza di un nuovo umanesimo, cioè alla necessità di ritrovare o riscoprire nell'esercizio nobile della medicina la dimensione umana e i suoi valori.

Si tratta insomma di una insopprimibile esigenza etica, che ritroviamo peraltro pienamente espressa nelle raccomandazioni dell'*Advisory Committee on Medical Training* dell'Unione Europea⁵, secondo le quali componenti primarie dei *curricula* devono essere conoscenze, abilità, attitudini (*knowledges, skills, attitudes*), ma anche *values*, i valori che ogni professionista della salute deve costantemente inserire nella sua opera quotidiana e quindi nella sua preparazione. Sotto questo aspetto, l'umanizzazione della medicina rappresenta probabilmente l'innovazione più significativa della nuova riforma.

È tuttavia doveroso, in chiusura, chiedersi se, alla luce delle ultime normative, ma anche della loro eterogenea applicazione nella diversità dei contesti economici e sociali che contraddistinguono le aree geografiche nelle quali si collocano le diverse sedi universitarie, la formazione delle nuove leve di Medici possa considerarsi adeguata e consona alla realtà del nostro Paese ed alla sua integrazione nel sistema europeo. Benché la complessità di un processo formativo impostato su basi innovative richieda ovviamente tempi non brevi per la sua completa attuazione, concordiamo con la proposta formulata dalla Commissione Fnomceo per la formazione universitaria di istituire una *Consulta Nazionale per la Formazione in Medicina* che, agendo da attento osservatorio e con la collaborazione di tutti i responsabili istituzionali della formazione medica (Ministeri dell'Università e della Salute, Conferenze dei Rettori e dei Presidi delle Facoltà, Conferenze Permanenti dei Corsi di Laurea in Medicina e delle Professioni Sanitarie, Con-

ferenza Stato-Regioni e la stessa Fnomceo), svolga un ruolo cruciale di accurato monitoraggio dei processi formativi e di valutazione critica dei relativi risultati. La medicina, come e più di altre professioni, è in continuo divenire. Di conseguenza, anche i processi formativi dovranno necessariamente adeguarsi ai bisogni emergenti di salute, a più efficienti modelli assistenziali e di riorganizzazione sanitaria, alle problematiche dell'invecchiamento. Del pari indispensabili per assicurare una formazione adeguata delle nuove generazioni saranno l'attivazione di rigorosi processi per il reclutamento (con scadenze predefinite e rispettate) di docenti adeguatamente preparati alle nuove sfide e l'ormai improcrastinabile potenziamento della ricerca di base e traslazionale, vero e proprio volano di sviluppo dei Paesi scientificamente più avanzati.

Appunto la consapevolezza dei profondi mutamenti dello stato di salute dei cittadini e quindi la necessità di adeguare la formazione del medico ai nuovi bisogni di salute della popolazione hanno indotto il Collegio dei Docenti di Medicina Interna e la Società Italiana di Medicina Interna a costituire una Commissione mista, che ha molto recentemente (aprile 2010) elaborato un corposo documento²⁹ sul percorso formativo di Medicina Interna, che ha ovvie ricadute sulla formazione complessiva dello Studente del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Rimandando il lettore interessato alla lettura del documento, troppo lungo ed articolato per poter essere anche per sommi capi sintetizzato in questa sede, ci limitiamo a ricordare i principali obiettivi proposti dalla Commissione: a) mettere gli studenti, fin dal primo anno, in grado di percepire la *mission* del Corso di Laurea, che è quella di imparare ad essere medico e a fare il medico; b) ribadire nel docente la responsabilità dell'acquisizione della competenza medica da parte degli studenti attraverso una chiara individuazione di obiettivi educativi, raggiungibili con metodi appropriati; c) definire fin dall'inizio del Corso di Laurea i criteri di valutazione dell'efficienza, dei risultati e della preparazione degli Studenti; d) adottare un unico metodo di approccio sistemico ai problemi di salute del paziente e perseguire obiettivi educativi differenziati e gradualmente distribuiti negli anni; e) valorizzare la conoscenza dei bisogni primari di salute del singolo malato e delle modalità di risposta medica a tali bisogni, che si esprimono globalmente nelle cosiddette Cure Primarie, demandandone l'apprendimento alle strutture assistenziali del territorio.

BIBLIOGRAFIA

- 1 D.P.R. n. 95 del 28.02.1986, G.U. N. 83 del 10.04.1986.
- 2 Pinchera A., *Nuovo ordinamento didattico: considerazioni per un adattamento della Tabella XVIII alla luce dell'esperienza acquisita*, in *Med Chir*: 9, 309-310, 1994.
- 3 Frati L., *Modifiche alla Tabella XVIII. I criteri ispiratori*, in *Med Chir* 9, 301-302 1994.
- 4 Legge 19 novembre 1990 n. 341, G.U. n. 274 del 23.11.1990.
- 5 *Report and Recommendations on Undergraduate Medical Education*. Commission of the European Communities. Advisory Committee on Medical Teaching, in *Med Chir* 8, 239-243, 1993.
- 6 *The changing Medical Profession*. Recommendations, in *Med Chir*: 9, 394, 1994.
- 7 *Conferenza Permanente Presidenti Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia*. Proposta di modifica della Tabella XVIII, in *Med Chir* 8, 292-297, 1993.
- 8 Coggi et al., *Guida all'applicazione del nuovo Ordinamento didattico*, in *Med Chir* 12, 3-134, 1996.
- 9 D.M. 3 novembre 1999 n. 509, G.U. 4 gennaio 2000 n. 2.
- 10 Vettore L, Gaddi A, Tommasi A, *Core Curriculum del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia*, in *Med Chir* 30, 1143, 1198, 2005.
- 11 Gaudio E, Vettore L., *Il core curriculum, una sfida pedagogica*, in *Med Chir* 40-41, 1694 -1697, 2007.
- 12 Gallo P. et al., *L'integrazione "verticale" delle conoscenze e delle competenze nella formazione professionale dei medici*, in *Med Chir* 43, 1851-1861 2008.
- 13 Gallo P., *Le prove di valutazione nei Corsi di Laurea della Facoltà di Medicina: imparare a scegliere in una cassetta di attrezzi piena di strumenti diversi*, in *Med Chir* 28, 1074-1076, 2005.
- 14 Casacchia M. et al., *Le attività didattiche professionalizzanti*, in *Med Chir* 47, 2058-2063, 2009.
- 15 Lenzi A. et al., *E-learning in Medicina, applicabilità e sperimentazioni*, in *Med Chir* 29, 1119-1121, 2005.
- 16 Tenore A., *Il Progress Test, strumento di valutazione dell'insegnamento/apprendimento nelle Facoltà di Medicina*, in *Med Chir* 44, 1879-1890, 2008.
- 17 Lenzi A. Luccarini S, Danieli G., *On site visit di valutazione tra pari*, in *Med Chir* 29, 1125-1127, 2005.
- 18 D.M. 22 ottobre 2004 n. 270, G.U. n. 266 del 12.11.2004.
- 19 Lenzi A. et al., *Una proposta unitaria della Conferenza dei Presidenti dei Corsi di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia per il RaD – D.M. 170/04*, in *Med Chir* 43, 1816-1836, 2008.
- 20 Lenzi A., *Manifesto di Intenti – triennio 2009-2011*, in *Med Chir* 46, 1968-1969, 2009.

- 21 Famigliari G, Falaschi P, Vecchione A., *La nuova laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia e la formazione di un medico con cultura biomedico-psico-sociale*, in *Med Chir* 16, 591-596, 2001.
- 22 Carulli N, Becchi M.A., *L'insegnamento delle cure primarie nel C.d.L.*, in *Bollettino MED/09*, 1, 2-8, 2005:
- 23 *Riassetto delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria* (D.M. 18/2005) G.U. 5/11/2005.
- 24 Realdi G., Danieli G., Dammacco F.: *Il percorso formativo del Tronco Comune per le Scuole di Specializzazione dell'Area medica*, in *Bollettino MED/09*, 3, 1-36, 2008.
- 25 Frati L., *Formazione delle Facoltà di Medicina e Chirurgia: le diverse professionalità*, in *Med Chir* 43 1837-1840, 2008.
- 26 Evidence Based Medicine Working Group, *Evidence Based Medicine. A New approach to teaching the practice of medicine*, JAMA 268, 2420-2425, 1992.
- 27 Binetti P., De Marinis M.L., *La prospettiva pedagogica nella Facoltà di Medicina*, SEU Roma 2002.
- 28 Danieli G. (a cura di), *Scienze Umane in Medicina*, Il lavoro editoriale, Ancona 2008.
- 29 COL/MED 09- SIMI, *Il percorso formativo in Medicina Interna del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia*, in corso di stampa su *Bollettino Med* 09, 4, 2010.