

## Sommario

segue dalla prima di copertina

CONFERENZA PERMANENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

- 2736 Linee di indirizzo per la prova finale dei Corsi di Laurea afferenti alle Classi delle Professioni Sanitarie avente valore di esame di stato per l'esercizio professionale *Guidelines for the final examination of the Bachelor of Health Professions having the value of state examination for professional practice (Guidelines approved unanimously by the Conference - September 12, 2013)*

DOSSIER

- 2739 La Terza Missione per l'Università Italiana. Una nuova occasione per crescere? *A strategic roadmap driving Universities to the new challenges of future society: an opportunity to catch Giuseppe Novelli, Maurizio Talamo*
- 2747 Il Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. Riflessioni e prospettive sul percorso formativo e sulla figura del laureato magistrale, *Master of Science in Nursing and Midwifery: global reflections and perspectives on graduate and education, Alberto Dal Molin et al.*

LIBRI CHE HANNO FATTO LA STORIA DELLA MEDICINA

- 2753 Il libro per chi fa a meno dei (degli altri) libri, di Abu'l-Qasim Khalaf ibn 'Abbas al-Zahrāwī, *The book for those who can do without the (other) books, by Abū'l-Qasim Khalaf ibn 'Abbas al-Zahrāwī, Paola Carusi*

SCUOLE ITALIANE DI MEDICINA

- 2760 La Scuola internistica di Alessandro Beretta Anguissola, *Alessandro Beretta Anguissola's School of Internal Medicine, Alessandro Rappelli ed Ettore Bartoli*

AMEE CONGRESS

- 2763 AMEE 2014: Excellence in Education - The 21<sup>st</sup> Century Teacher. Meeting in Milan from the 30<sup>th</sup> August to the 3<sup>rd</sup> September 2014, *Giuseppe Familiari, Fabrizio Consorti*

NOTIZIARIO

- 2766 Notizie dal CUN, *Manuela Di Franco* e dalle Conferenze Permanenti dei Corsi di Laurea in Medicina, *Amos Casti* e delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie, *Alvisa Palese. News from National University Council, National Conferences of degree courses in Medicine and Surgery and in Health Care*

## MEDICINA E CHIRURGIA

Quaderni delle Conferenze Permanenti  
delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

ISSN 2279 - 7068

Direttore Editoriale, Luigi Frati

Comitato Editoriale

Marco Ferrari, Eugenio Gaudio, Andrea Lenzi, Luisa Saiani

Comitato di Redazione

Mario Amore, Amos Casti, Manuela Di Franco, Alvisa Palese, Antonella Polimeni

Segretaria di Redazione, Stefania Basili (Coordinatore)

Marco Proietti, Emanuele Toscano

Direttore Responsabile, Giovanni Danieli

e-mail: g.danieli@univpm.it

Tel. 338 6533761 - Telefax 071 205955

[www.presidenti-medicina.it](http://www.presidenti-medicina.it)

<http://www.quaderni-conferenze-medicina.it/>

Amministrazione e stampa

Errebi Grafiche Ripesi Falconara

## Sommario

EDITORIALE

- 2715 La via italiana all'autovalutazione della didattica e della ricerca, *The Italian Way to the self-evaluation of teaching and research activities, Massimo Castagnaro, Stefania Capogna*

IL DIBATTITO

- 2720 Quale formazione per i laureati in Medicina? Scienziati applicati al malato o Medici che si prendono cura della persona? *What kind of education for graduated doctors in Medicine? Applied scientists or doctors who take care of the ill person? Giuseppe Realdi*
- 2723 Ospedali di Ricerca e Ospedali di Insegnamento nell'educazione medica. È necessario un dibattito? *Research and Teaching Hospitals in medical education: is a debate necessary? Giuseppe Familiari, Eugenio Gaudio*

CONFERENZA PERMANENTE DEI CLM IN MEDICINA E CHIRURGIA

- 2728 Identificazione precoce e intervento breve nei confronti del bere a rischio. Cosa insegnare ai futuri medici, *Early identification and brief intervention for at risk drinking: what to teach to future physicians, Maria Fiore, Gaetano Catania, Maria Grazia D'Agati, Vito Margherita, Luca Leon, Roberto Fallico, Gian Battista Modonutti, Margherita Ferrante*
- 2732 Il Master di secondo livello in Medicina d'Emergenza-Urgenza. Esperienza dopo tre anni di attivazione, *Emergency Medicine Master Program after 3 year beyond the activation Giuliano Bertazzoni, Riccardo Pini*
- 2735 Il Gruppo di lavoro *Innovazione Pedagogica, Educational Innovation Committee of the National Conferences of degree courses in Medicine and Surgery, Pietro Gallo*

## Presentazione

Questo numero contiene alcuni tra i più significativi contributi presentati all'ultimo meeting delle nostre Conferenze che si è svolto, con la regia di Andrea Lenzi e di Eugenio Gaudio, a Portonovo di Ancona il 12-14 Settembre dello scorso anno.

Il fascicolo si apre con la relazione di Massimo Castagnaro, prestigioso coordinatore del *Programma AVA* che descrive, in collaborazione con Stefania Capogna, le linee essenziali di un sistema, per la prima volta applicato in Italia, basato sui tre pilastri dell'autovalutazione, della valutazione periodica e dell'accreditamento delle Università, allineando il nostro Paese alle migliori realtà internazionali.

Segue, di Novelli e Maurizio Talamo, la presentazione del progetto *La terza dimensione*, analisi del rapporto tra università e territorio e proposta di azioni finalizzate ad assicurare un'efficace collaborazione tra ateneo e istituzioni regionali. Le relazioni hanno suscitato molto entusiasmo a Portonovo e non mancherà di coinvolgere i nostri lettori.

Sempre al meeting di Portonovo è stato discusso un importante documento - approvato all'unanimità dall'Assemblea della Conferenza delle Classi di laurea delle Professioni Sanitarie - che stabilisce le modalità di svolgimento delle prove teoriche e di quelle pratiche dell'*esame finale dei corsi di laurea*.

La stessa Conferenza ha offerto anche una riflessione (Dal Molin et Al.), approfondita e razionale nella sua impostazione e nel suo svolgimento, sulle caratteristiche che deve possedere e sul ruolo che deve rivestire il *Laureato magistrale* nel Servizio Sanitario.

Dalla Conferenza di Medicina e Chirurgia provengono la ricerca di Fiore et Al. sui rischi dell'abitudine alcolica e sulla loro prevenzione, un tema questo che deve rientrare tra gli obiettivi formativi dei nostri studenti, e quella di Giuliano Bertazzoni e Riccardo Pini relativa a tre anni di sperimentazione di un Master di Medicina d'Emergenza-Urgenza di secondo livello.

In questo numero vede la luce una nuova rubrica, *Il dibattito*, domande che attendono una risposta. I nostri lettori possono essere coinvolti sia intervenendo nel dibattito sia presentando nuovi problemi. Attendiamo contributi. Intanto, inauguriamo la serie con Giuseppe Realdi che si domanda se si debbano produrre medici scienziati o scienziati medici e con Giuseppe Familiari ed Eugenio Gaudio, che si pongono il quesito di come rendere compatibili le ragioni della scienza con quelle dell'assistenza. A pensarci bene, il secondo dibattito è un po' un completamento del primo, quali medici produrre sì, ma anche dove produrli.

Da una nuova rubrica alle rubriche di tradizione. Per i *Libri che hanno fatto la storia della Medicina*, Paola Carusi presenta l'opera di Al Zarawi, il più grande chirurgo del medioevo e, per le *Scuole italiane di Medicina*, Alessandro Rappelli e Ettore Bartoli descrivono la Scuola del Prof. Alessandro Beretta Anguissola, una delle più prestigiose scuole italiane di Medicina Interna nella seconda metà del secolo scorso.

Per *Il Notiziario*, Manuela Di Franco, Amos Casti ed Alvisa Palese ci aggiornano su quanto "bolle in pentola" rispettivamente nel CUN e nelle Conferenze permanenti di Medicina e Chirurgia e delle Professioni sanitarie.

Senza dimenticare Giuseppe Familiari e Fabrizio Consorti, che mettono insieme Conferenze di Medicina e Società italiana di Pedagogia medica per patrocinare il prossimo Congresso AMEE che quest'anno si svolgerà in Italia, a Milano, e che richiamerà certamente molti studiosi visto l'interesse del programma.

A tutti i nostri lettori gli auguri più fervidi per il nuovo anno.

*Luigi Frati, Andrea Lenzi e 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 *Pedantii 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.

# La via italiana all'autovalutazione della didattica e della ricerca

Massimo Castagnaro\*, Stefania Capogna

## Abstract

*The Italian National Agency for the Evaluation of Universities and Research Institutes (ANVUR) is in charge of evaluating the quality of research and teaching activities of Universities. On the basis of the European Standards and Guidelines (ESG) published by ENQA in 2005, ANVUR has proposed an internal evaluation system founded on self-evaluation and internal quality assurance procedures and an external evaluation system based on a yearly-based evaluation of teaching and research outputs (Periodic Evaluation) and on an accreditation procedures. The integrated system has called AVA (Autovalutazione /Self-evaluation; Valutazione Periodica/Periodic Evaluation; Accreditation/ Accreditation).*

*The first application of the system during 2013 showed several areas of improvement from the technical and operative point of view. However the most important challenge is the change of mentality from a bureaucratic approach toward an enhancement of quality attitude that needs to permeate all the University system from the top to the bottom.*

## L'Assicurazione della Qualità nell'educazione superiore: la prospettiva europea e l'interpretazione italiana

L'introduzione di un sistema di Autovalutazione, Valutazione Periodica e Accredimento (A.V.A.) delle università trova i suoi riferimenti normativi all'interno della L. 240/2010, che prevede l'introduzione di un sistema di Accredimento delle Sedi e dei Corsi di Studio universitari, fondato sull'uso di specifici indicatori definiti ex ante dall'ANVUR per la verifica del possesso, da parte degli atenei, di idonei requisiti didattici, strutturali, organizzativi, di qualificazione dei docenti e delle attività di ricerca, nonché di sostenibilità economico-finanziaria.

Il DPR 76/210 (artt. 2; 3 e 4) definisce il ruolo dell'ANVUR nei sistemi di Accredimento e di Valutazione Periodica e nell'elaborazione dei parametri di riferimento per l'allocatione dei finanziamenti statali.

Per compiere il suo mandato istituzionale l'ANVUR si ispira agli standard e alle linee guida per l'Assicurazione della Qualità nell'area dell'educazione superiore europea (*European Standards and Guidelines, ESG-ENQA, 2005*) adottate nel 2006 con Raccomandazione del Parlamento e del Consiglio Europei (2006/143/CE). In tali Linee Guida si raccomanda gli Stati membri di: incoraggiare tutti le istituzioni di formazione superiore operanti nel territorio europeo a introdurre o sviluppare rigorosi sistemi interni di certificazio-

ne della qualità, conformemente alle norme e agli indirizzi in materia adottati a Bergen (2005), nell'ambito del processo di Bologna; incentivare tutte le agenzie di certificazione della qualità o accreditamento ad applicare i criteri di certificazione della qualità definiti nella raccomandazione 98/561/CE; e, al contempo, applicare l'insieme di norme generali e indirizzi comuni adottati a Bergen ai fini della valutazione.

Il Decreto 19/2012 disciplina l'introduzione di tutto il sistema A.V.A.; mentre il Decreto Ministeriale 47 del 30 gennaio 2013 recepisce i criteri e gli indicatori per l'accREDITamento iniziale e periodico e per la valutazione periodica predisposti dall'ANVUR e contenuti nel Documento Finale<sup>1</sup> A.V.A. Nel suo documento finale l'ANVUR si è impegnata a raggiungere una serie di obiettivi che si costituiscono come altrettanti servizi per il sistema e per la comunità. Tra gli obiettivi più rilevanti si possono ricordare: l'elaborazione di un sistema documentale rivolto all'università e finalizzato alla costruzione e allo sviluppo di un modello di Assicurazione della Qualità per l'*Higher Education*, basato sulla condivisione di informazioni utili a potenziare le loro strategie nella formazione, nella ricerca e nelle attività di terza missione; la definizione di elementi comparativi orientati a Corsi di Studio e alle unità di ricerca, sulla base dei quali poter progettare azioni per il miglioramento della qualità delle loro attività; l'organizzazione e la diffusione di informazioni necessarie agli organi di governo per la programmazione nazionale e per le decisioni relative all'allocatione delle risorse; l'organizzazione e la diffusione di informazioni utili e puntuali sulla base delle quali gli studenti e le loro famiglie possano fondare le loro scelte; l'organizzazione e la diffusione di informazioni orientate al mondo del lavoro e delle professioni, e in grado di presentare la qualità dei programmi e dei laureati che il Corso di Studi si propone di formare; l'organizzazione e la diffusione di informazioni affidabili e trasparenti, in una logica di accountability sulle attività del sistema universitario italiano.

Secondo questa logica, l'Assicurazione di Qualità è considerata come un modello di governance e di progettazione organizzativa che ruota attorno all'orientamento al servizio, al cliente e alla responsabilità sociale delle proprie azioni.

<sup>1</sup> Il documento è disponibile al seguente indirizzo Internet: [http://www.anvur.org/attachments/article/26/documento\\_finale\\_28\\_01\\_13.pdf](http://www.anvur.org/attachments/article/26/documento_finale_28_01_13.pdf)

\* Membro del Consiglio Direttivo dell'ANVUR, Coordinatore del Programma AVA.

Un'efficace politica di assicurazione della qualità fonda ogni intervento/processo decisionale su un giudizio consapevole e informato rispetto ai processi organizzativi e ai loro esiti, senza mai perdere di vista il più ampio ambiente di riferimento e l'insieme di *stakeholders* e/o *shareholders* con cui intessere alleanze e progetti di sviluppo. Essa sviluppa una visione integrata dell'agire organizzativo, e si fonda su quella logica di *learning by doing* che riconosce l'incidente critico come un'opportunità di apprendimento organizzativo. Altro elemento essenziale su cui si fonda la politica di assicurazione della qualità di un'organizzazione è il valore assegnato alla comunicazione che, mediante l'ausilio delle potenzialità offerte dalle nuove tecnologie in termini di conservazione, analisi, condivisione e replicabilità dei dati, vede trasformare profondamente la sua funzione istituzionale. In un recente passato la comunicazione istituzionale era intesa come mera trasmissione formale di dati, ai fini di una logica burocratica e formale, di tipo lineare e *top-down* che richiedeva all'organizzazione di rendere disponibili poche informazioni standard e generali, in ordine a una funzione meramente di adempimento. Oggi, la comunicazione istituzionale si ispira ad un'idea di partecipazione, inclusione e trasparenza, di tipo orizzontale e circolare, che richiede all'organizzazione un notevole sforzo indirizzato in modo particolare alle ragioni dell'agire, finalizzato a comunicare valori, principi, *mission*, obiettivi e specificità che la contraddistinguono nel complesso quadro di relazioni locali e globali in cui si muove.

### Il modello di AQ di Ateneo

Con il concetto di Assicurazione della Qualità (AQ) di Ateneo si fa riferimento al sistema attraverso cui gli organi di governo interno realizzano la propria politica di qualità in coerenza con i riferimenti normativi che definiscono l'ordinamento universitario e il mandato istituzionale dell'ANVUR. Il modello di AQ di Ateneo proposto coinvolge parimenti sia il personale docente che quello tecnico-amministrativo, chiedendo ad entrambi la maturazione di competenze nuove, volte a sviluppare un rinnovato approccio al proprio ruolo, al servizio e all'utente-cliente, oltre che un'apertura al contesto interno ed esterno, in una logica di ascolto e valorizzazione delle differenze e delle specificità. Il cambiamento del modello e delle *routines* organizzative e di nuove pratiche professionali, infatti, passano essenzialmente da un cambiamento culturale senza il quale si corre il rischio di "cambiare tutto senza che nulla cambi". L'AQ di Ateneo risponde a quella trasfor-

mazione dell'Amministrazione Pubblica che si sposta sempre più verso un'organizzazione per processi, dove è necessario attuare un graduale trasferimento delle responsabilità "verso il basso", riconducendole a chi realmente esegue le diverse attività e ne ha, di conseguenza, la "responsabilità tecnica", assumendo su di sé il carico del coordinamento e della pianificazione delle singole attività, nonché della gestione dei rapporti con gli altri processi organizzativi e della definizione e monitoraggio delle procedure attivate per realizzarli.

Il modello di AQ di Ateneo proposto include sia la didattica che la ricerca. Il primo si basa sulla presenza e il funzionamento complementare e interdipendente di quattro organi essenziali i quali svolgono attività di monitoraggio, valutazione, controllo e comunicazione in maniera complementare e sinergica e, soprattutto, da prospettive differenti: i Corsi di Studio (CdS); il Presidio della Qualità di Ateneo (PQA); il Nucleo di Valutazione (NdV); le Commissioni Paritetiche (CP). Il secondo coinvolge il Dipartimento nella definizione degli obiettivi di ricerca individuati e delle relative motivazioni a sostegno.

L'AQ di Ateneo può essere realizzata solo se ciascuno di tali organi concorrono, in una logica cooperativa e costruttiva, al raggiungimento degli obiettivi autonomamente prestabiliti dall'Ateneo, e sotto l'egida di legittimazione e investimento, degli organi di governo dell'Ateneo. L'assicurazione di qualità dell'ateneo, infatti, non è semplicemente una tecnica di gestione organizzativa, e non può esistere separata da una politica della qualità dell'Ateneo. Essa si esprime, al contrario, come "braccio operativo" delle *policies* didattiche e di ricerca portate avanti dagli organi di governo e può essere perseguita solo attraverso la formazione di: un management intermedio competente, legittimato e fortemente orientato verso azioni organizzativa ispirate alla qualità del sistema complessivo; una leadership intermedia situata, partecipativa e di trasformazione, cioè orientata al cambiamento.

### I pilastri del sistema A.V.A.

Il modello di AQ promosso da ANVUR si basa sostanzialmente sui tre seguenti pilastri: l'Autovalutazione, la Valutazione Periodica e l'Accreditamento.

Per dare seguito e concretezza all'autonomia gestionale che la L. 240/2010 riconosce, anche in coerenza con la filosofia europea sull'Assicurazione di Qualità, è necessario sviluppare un sistema di **autovalutazione** sui processi, sui servizi e sui risultati dell'Università, con lo scopo di for-

nire agli organi di *governance* e di management dell'ateneo le essenziali informazioni sulla base delle quali orientare le loro scelte strategiche, sia in termini di posizionamento di mercato/servizio, sia in termini di ricerca e sviluppo. Il primo grande obiettivo che l'ANVUR si propone è quindi quello di accompagnare un radicale cambiamento culturale, a tutti i livelli del sistema accademico (*governance, management, operatori/docenti*) con l'intento di far comprendere che l'autovalutazione è un utile, quanto ineliminabile, strumento di gestione della complessità organizzativa che caratterizza le università del terzo millennio. L'autonomia gestionale riconosciuta alle università si richiama infatti alla responsabilità di fare scelte informate di cui dar conto agli *stakeholder* e agli *shareholders* di riferimento; e l'autovalutazione è lo strumento primario di questo processo di autoanalisi e comunicazione strategica.

La **valutazione** può essere concepita come un'attività di ricerca applicata e realizzata, nell'ambito di un processo decisionale, in maniera integrata con le fasi di programmazione, progettazione e intervento. In tal senso, la valutazione risponde allo scopo di riduzione della complessità decisionale, attraverso l'analisi degli effetti diretti e indiretti, attesi e non attesi, voluti e non voluti, dell'azione, compresi quelli non riconducibili ad aspetti materiali. Esistono quindi diversi tipi e momenti della valutazione che il sistema A.V.A. ha tenuto bene in considerazione sia nella elaborazione del modello di *quality assurance* proposto, attraverso la diversa articolazione di ruoli e compiti assegnati ai diversi organi di governo dell'ateneo (organi di *governance*, Presidio di Qualità, Nucleo di Valutazione, Corsi di Studio, Commissioni Paritetiche), sia nei suoi principali strumenti proposti: la Scheda Unica Annuale e il Rapporto di Riesame che attengono alla valutazione della didattica (SUA-CdS) e che insieme costituiscono l'intero processo e rapporto di auto-valutazione; e la Scheda Unica della Ricerca Dipartimentale (SUA-RD). Nel modello AVA si possono distinguere quindi una valutazione ex ante riferita al momento di progettazione e realizzazione del Corso di Studio e una valutazione ex post riferita agli Atenei, ai Corsi di Studio (da prospettive e con obiettivi differenti) e alla ricerca dipartimentale.

Con il concetto di **Accreditamento** si indica il procedimento mediante il quale una "parte terza" riconosce formalmente che un'organizzazione possiede la competenza e i mezzi per svolgere i suoi compiti. In tal senso, l'Accreditamento rappresenta una garanzia per gli utenti-clienti che le loro esigenze possono essere soddisfatte e i loro diritti fondamentali sono tutelati da un'autorità

competente. Sulla scorta di questo chiarimento terminologico si può ricordare che la normativa assegna all'ANVUR due compiti essenziali in riferimento all'azione di accreditamento, quello iniziale e quello periodico. Il primo ha una funzione autorizzativa che viene rilasciata dal Ministero, su proposta dell'ANVUR, e consente di attivare sedi e corsi di studio universitari, a seguito della verifica del possesso dei requisiti didattici, di qualificazione della ricerca, strutturali, organizzativi e di sostenibilità economico-finanziaria, stabiliti e verificati ex ante. Il secondo consiste in una verifica, con cadenza almeno quinquennale per le sedi, e almeno triennale per i corsi di studio, e mira soprattutto a verificare il grado di applicazione del sistema di AQ istituzionale.

#### **La "traduzione in pratica" del sistema A.V.A.**

Sin dai suoi primi passi l'ANVUR ha riconosciuto come primo mandato della sua funzione la cura della comunicazione e l'accompagnamento al processo di transizione verso un nuovo modello di università. Il sistema A.V.A. è prima di tutto una sfida culturale per condurre la quale l'ANVUR si è impegnata, e sta continuando a farlo, in un'attività di In-Formazione indirizzata a tutte le componenti del mondo accademico. L'avvio del processo di transizione del sistema A.V.A si può identificare con il primo evento di presentazione pubblica realizzato a Torino il 26.10.2013. Da quel giorno, l'ANVUR ha investito su questo tema in uno sforzo, senza precedenti per l'amministrazione pubblica, in attività di sensibilizzazione e diffusione. Sono stati programmati e realizzati ventotto eventi di In-Formazione in altrettanti Atenei italiani, con l'intento di illustrare il sistema A.V.A., le sue implicazioni organizzative e i relativi strumenti operativi. Questo ha permesso di raggiungere circa 5.000 persone tra docenti e personale tecnico amministrativo, studenti, operatori del settore<sup>2</sup>. Questa attività di sensibilizzazione, e i relativi contatti via via costruiti sul territorio, hanno permesso di rilevare una forte richiesta da parte del personale universitario (accademico e non) a realizzare interventi focalizzati, volti non solo ad informare sui principi generali introdotti dal sistema AVA, ma anche ad accompagnare gli operatori all'acquisizione e/o potenziamento di conoscenze e competenze specifiche e nuove sul versante della valutazione. Bisogna che ANVUR ha raccolto e su cui sta approntando una nuova programmazione maggiormente orientata a formare competenze specifiche. Un dato positivo, e non scontato, che è possibile trarre dopo quasi un

<sup>2</sup> Per approfondimenti si consulti lo spazio "eventi" sul sito ANVUR: <http://anvur-miur.cineca.it/eventi/index.php/>

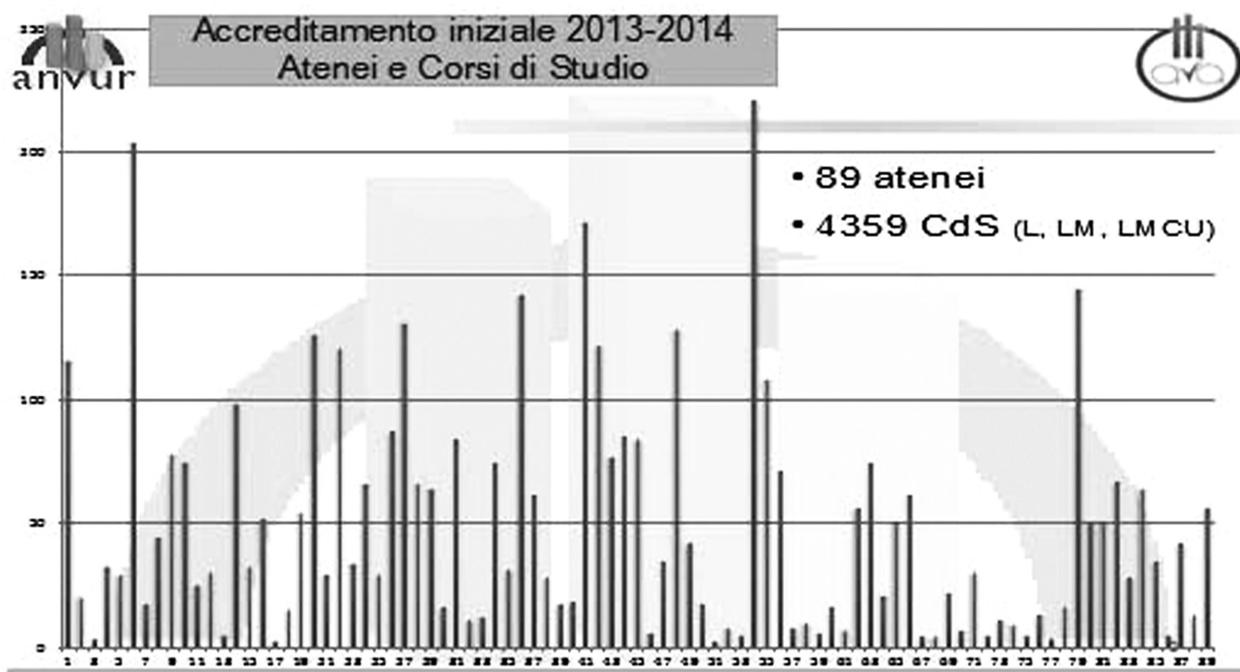


Fig. 1 - Accreditamento Atenei e Corsi di Studio 2013-2014.

anno di attività sul piano dell'informazione, è la continua richiesta che ancora oggi perviene dalle università, per replicare, presso le loro sedi, gli interventi di In-Formazione. Il bisogno emergente da parte di quanti sono chiamati ad operare all'interno di questi gangli strategici consiste nell'essere accompagnati a: sviluppare conoscenze e competenze adeguate a rispondere alle nuove sfide progettuali, gestionali e organizzative poste dalla transizione in atto; accompagnare i singoli contesti accademici verso la progettazione di un modello di governance orientato alla piena comprensione e valorizzazione della AQ di ateneo.

In linea con la *mission* istituzione che la normativa le assegna, l'ANVUR ha istituito l'Albo degli Esperti di Valutazione che prevede quattro distinti profili: Esperti di Valutazione di Sistema; Esperti Disciplinari di Valutazione; Esperti Telematici di Valutazione; Studenti. In coerenza con la filosofia e i principi stabiliti con la Delibera ANVUR che istituisce tale Albo, le persone ritenute idonee hanno intrapreso un momento di formazione volto a socializzare i contenuti, i principi, i metodi e gli strumenti della valutazione promossi dal sistema AVA. Quanti hanno regolarizzato la propria posizione amministrativa dopo aver partecipato alla formazione sono stati iscritti all'Albo dei Valutatori ANVUR<sup>3</sup> al quale è stato possibile

attingere per la composizione delle prime Commissioni di Esperti della Valutazione (CEV) costituite nell'anno corrente, e sempre affiancate da personale interno all'ANVUR.

Nell'anno accademico 2013, sono stati valutati per l'Accreditamento Iniziale 92 CdS di nuova istituzione, e mai attivati precedentemente, attraverso la valutazione delle CEV; di questi 14 corsi di studio sono stati ritirati dalle Università. L'ANVUR si è quindi espressa alla fine su un totale dei 78 corsi, 13 dei quali erogati in modalità telematica. I CdS che hanno ottenuto un parere favorevole per l'accREDITAMENTO in prima istanza, sulla scorta della positiva valutazione delle CEV, in base al riscontro del rispetto dei requisiti di assicurazione di qualità, di cui all'art. 4, c. 4, del D.M. 47/2013, sono stati 46 (32 cds hanno riportato proposte di non accreditamento).

A seguito della conclusione dell'elaborazione della scheda SUA da parte degli atenei, l'ANVUR ha effettuato la valutazione di 4.359 CdS (L., L.M., LM CU), suddivisi in 89 atenei. Su questi si è effettuata la valutazione sui requisiti minimi e non sono state riscontrate particolari criticità, se non la significativa difficoltà, da parte degli atenei, ad adeguare i sistemi informatici al nuovo dispositivo di raccolta dati.

#### Conclusioni e raccomandazioni

Il primo anno di accompagnamento alla "traduzione in pratica" di un sistema di Assicurazione

<sup>3</sup> Albo Esperti di Valutazione: [http://www.anvur.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=475&Itemid=490&lang=it](http://www.anvur.org/index.php?option=com_content&view=article&id=475&Itemid=490&lang=it)

zione di Qualità negli Atenei ha messo in luce alcune aree di miglioramento che si presentano trasversalmente diffuse tra tipologia di corsi di studio, atenei e territori. La prima consiste nella difficoltà ad operare una puntuale ed efficace ricognizione della domanda di formazione emergente e, altresì, dei fabbisogni formativi richiesti dal settore professionale di riferimento, in una prospettiva locale e globale. Questa difficoltà nella ricognizione della domanda si ripercuote su una cattiva o parziale elaborazione del quadro A1 della SUA-CdS. Da questo discende una significativa debolezza nell'elaborazione del quadro A2 della SUA-CdS, finalizzato a descrivere puntualmente i profili formativi in uscita, le funzioni associate in contesto di lavoro e le relative abilità/competenze che il CdS dichiara di formare, in coerenza con l'analisi della domanda. In continuità con questa debolezza interpretativa dei profili, si osserva una certa fatica ad esplodere gli esiti di apprendimento attesi (Descrittori di Dublino 1 e 2) per aree omogenee di insegnamento. Queste problematiche metodologiche, connesse all'elaborazione della SUA-CdS, tendono a mostrare un significativo problema di coerenza interna al progetto formativo e una certa difficoltà di comunicazione dello stesso in una logica di fruizione da parte del destinatario finale. Questo elemento di debolezza può essere interpretato, per un verso, con una certa tendenza alla delega che si può registrare in una parte del corpo docente verso la componente tecnico-amministrativa; per l'altro, nella cronica difficoltà che il sistema dell'istruzione (a tutti i livelli) incontra nel tentativo di costruire un dialogo paritario e utile con il più ampio sistema del mondo del lavoro. L'insieme di questi elementi di fragilità del sistema fa venir meno proprio quella dimensione propriamente progettuale di analisi del contesto e programmazione strategica che dovrebbero invece caratterizzare ogni CdS in un'epoca di turbolenza e profonde trasformazioni. Tali difficoltà possono essere comprese nel quadro del mutamento che interessa il sistema accademico nel passaggio da quella prospettiva auto-referenziale e chiusa, espressa dall'immagine della "torre d'avorio" ad una che sia capace di stabilire nuove modalità di relazione con il più ampio sistema sociale da cui trae risorse, legittimità e stimoli per l'innovazione. Relazione che va giocata non banalmente in

termini adattivi rispetto ai bisogni formativi rilevati (cosa del resto assai complessa) ma in quella logica proattiva di innovazione e sviluppo che può affermarsi solo se, e dove, tutte le componenti del triangolo della conoscenza (istruzione, ricerca e innovazione) trovano uno spazio dove sperimentare nuove reciproche fertilizzazioni.

Tra gli altri elementi di miglioramento da considerare, strettamente connesso a questa difficoltà ad interpretare in una nuova vision strategica il ruolo dell'università, e di conseguenza i profili di competenza attraverso cui essa si esprime, è da leggersi nella tendenza a burocratizzare e a ritualizzare ogni passaggio/strumento organizzativo strettamente legato ai temi della valutazione. Infatti, sembra permanere ancora molto forte una cultura dell'adempimento che rischia di svuotare di senso ogni proposta di miglioramento operata in tema di valutazione. Ma la "rivoluzione" della valutazione può avvenire solo dall'interno, motivo per cui l'ANVUR ha scelto di investire uno sforzo così rilevante in termini di comunicazione e accompagnamento. Questo cambiamento di prospettiva si svolge all'interno di un nuovo clima culturale che riconosce la complessità<sup>4</sup> come il tratto dominante della vita che si dispiega intorno a noi e che richiede nuove strategie interpretative, di ricerca e di organizzazione. E' sulla scia di questi cambiamenti che anche all'accademia è richiesto di costruire, dal di dentro, nuovi modelli di direzione e di management capaci di valorizzare cooperazione, creatività e interdisciplinarietà, spingendo i tradizionali modelli organizzativi di tipo tradizionale e verticistico a trovare nuove forme di auto-governo, fondate sul principio dell'auto-valutazione come strumento per il miglioramento continuo.

<sup>4</sup> La *teoria della complessità* spiega i sistemi complessi (come anche quelli sociali) come sistemi le cui prestazioni e dinamiche sono il risultato dell'interazione spontanea tra numerosi e differenti attori, che *co-evolvono* muovendosi all'interno di un ambiente competitivo in continuo cambiamento. La teoria della complessità spiega che tali sistemi sono aperti, cioè interagiscono con l'ambiente e sono costituiti da reti di elementi più o meno complessi che interagiscono in modo locale e non lineare. Elementi fondamentali di questi sistemi sono: la *ridondanza*, cioè nessun elemento è indispensabile poiché manca una specializzazione unifunzionale; la *resilienza*, intesa come resistenza alle perturbazioni; la *capacità adattiva*, che indica l'adattamento all'ambiente; l'*auto-organizzazione* che proviene dal basso, attivata dalle stesse componenti del sistema.

## Quale formazione per i laureati in Medicina? Scienziati applicati al malato o Medici che si prendono cura della persona?

Giuseppe Realdi (Padova)

### Abstract

*Recently American medical education literature has argued about the failure of a curricular predominance of biomedical science to realize the ideal of the "good doctor"<sup>1-3</sup>; biomedical science should be conceptualized as just one form of knowledge in medical education, albeit an important one. Contrast opinion argued that doctors do not need preparation in the kind of philosophical thinking, but rather they should be prepared to be "applied scientists", that is doctors who bring the patient and biomedical science into apposition in an attempt to maximize health benefit, and act as an intermediary between the human and the increasingly complex, autonomous universe of technology<sup>3</sup>. In this sense, maximizing health benefit is a normative idea, and the very concept of "health" hinges on what we value in a human life. The scientist-doctor has several social responsibilities, all of which are aimed at bringing about improved health outcomes. Defining these aims implicate the limitations of the sole scientific knowledge and skills, as not equipped to address issues of value. Actually the technically skilful application of scientific and technological resources alone does not make one a doctor, for that, one also needs to be able to reach a thoughtful professional judgment about what the patient needs are that this skilful application are believed to served. Such values cannot exist as values in the abstract form, but they need to be defined in a normative standpoint and applied in the form of specific teaching strategies.*

Le recenti prove di ammissione alla facoltà di medicina tenutesi in tutta Italia hanno evidenziato che questa facoltà continua ad essere la più ambita dai giovani che escono dal liceo o da un istituto tecnico o professionale. Le domande di iscrizione di quest'anno sono infatti aumentate di oltre il 20% rispetto all'anno scorso, con un rapporto tra domande e posti disponibili, a livello nazionale, di 8 a 1. Questo significa che solo uno studente su otto ha raggiunto il punteggio minimo per qualificarsi idoneo all'iscrizione. L'evento ha suscitato scalpore sui giornali e sui media, non solo per l'alto numero di richieste, ma ancor di più per le modalità di ammissione alla facoltà stessa tramite i test di ingresso (quiz a risposta multipla), considerati da molti del tutto inadeguati per una ponderata selezione di candidati dotati di caratteristiche intellettuali e umane adeguate per diventare futuri dottori in medicina. Tuttavia poco o nulla si è scritto e detto su quale tipo di medico la società vuole avere, quale formazione debba essere adottata per avere medici adeguati a far fronte ai nuovi bisogni della società, quale formazione medica deve perseguire l'università nei confronti della società. In altre parole non si è affrontata la domanda: *Qual è il compito e il mandato del medico nella società del 21° secolo?*

Una risposta a questa domanda non può essere elusa. Il medico infatti svolge nella società un compito professionale di grandi responsabilità, individuali e sociali, tutte indirizzate a ottenere migliori condizioni

di salute della popolazione. Ora, la società odierna ha assistito in questi ultimi decenni, tra il finire del secolo scorso e l'attuale, a profondi cambiamenti, da attribuire principalmente alle migliorate condizioni di vita, all'aumento del livello socio economico, all'estesa attuazione della prevenzione primaria e secondaria di molte malattie, agli enormi progressi delle scienze bio-mediche e delle tecnologie applicate, alla scoperta di nuovi farmaci. Questi progressi hanno portato a un significativo aumento della vita media, all'adozione di schemi terapeutici che hanno consentito non solo di guarire tante malattie acute, ma anche di stabilizzare molte malattie croniche degenerative, con la conseguenza di un aumento non solo della vita media, ma anche del sommarsi di più malattie croniche nello stesso individuo, spesso invalidanti, che richiedono molteplicità di cure, di controlli medici e di assistenza. Questo impegno ha raggiunto proporzioni rilevanti, con aumento notevole della spesa sanitaria, a fronte di una crisi economica che investe l'intero l'occidente. Le conseguenze a livello politico si traducono in decisioni impopolari di risparmio sulla spesa pubblica, con restrizioni dell'assistenza gratuita e dei posti letto ospedalieri.

Tuttavia vi è un argomento di particolare criticità che non è mai stato affrontato. Non ci si chiede infatti chi ha in mano la penna per prescrivere accertamenti diagnostici, ricoveri ospedalieri o nuove terapie; non ci si chiede se non vi sia un eccesso diagnostico e terapeutico, o il perché di tanta medicina difensiva da parte di molti medici.

*Ecco allora diventare prioritario il tema della formazione del medico.* Se l'università vuole mantenere la responsabilità della formazione di persone che intendono diventare medici, la domanda cruciale è: *che cosa deve dare l'Università a queste persone? E quali indicazioni è in grado di dare la stessa società all'università, in merito a questa rilevante domanda che riguarda pienamente e totalmente la società stessa? E di quale formazione si sta parlando?*

La risposta è duplice a seconda di come si interpreta la persona, sana o malata, e il ruolo del medico. Da un lato si afferma che i dottori in medicina devono avere una preparazione esclusivamente scientifica da applicare al malato, devono essere cioè, come li definiscono gli anglosassoni, degli *applied scientists* o *scientist-doctors*. Dall'altro si sostiene che i dottori in medicina devono essere medici colti e competenti di scienze mediche, esperti nella cura della persona malata<sup>1-3</sup>. La differenza è importante: nel primo caso la formazione medica rimane ferma alla fase di acquisizione e di applicazione di conoscenze scientifiche, senza considerare chi e come le riceve; nel secondo caso la preparazione del medico comporta l'acquisi-

zione anche di competenze e di esperienze di pratica medica indirizzate al singolo individuo, con lo scopo di risolvere i suoi problemi medici e comprendere i bisogni di salute della persona. Nel primo caso è sufficiente acquisire e applicare conoscenza scientifica, nel secondo caso il medico ha anche bisogno di una formazione antropologica, etica e morale. Si dirà che questa seconda proposta è sicuramente desiderabile, addirittura ovvia, da non mettere in discussione. Tuttavia la realtà dei fatti smentisce questa convinzione e questa prassi, in quanto l'attuale formazione del medico e l'odierno curriculum degli studi sono pressoché totalmente incentrati (non solo nel corso di laurea in medicina, ma anche nei corsi di specializzazione), sulla sola trasmissione e acquisizione di conoscenze scientifiche e di abilità tecniche.

Il medico non può essere semplicemente uno scienziato che applica la scienza biomedica al malato nel tentativo di rendere massimi i benefici della salute, agendo quasi da intermediario tra l'umano e l'universo tecnologico a lui disponibile, come recentemente sostenuto in alcune sedi<sup>1</sup> e anche in Italia. E questo innanzitutto perché il medico, nel suo compito prioritario di rendere migliore la salute delle persone, assume delle responsabilità sociali, quali il coinvolgimento dei pazienti, la valutazione critica dei bisogni del malato, la determinazione del rischio e l'uso adeguato delle risorse, alle quali responsabilità può far fronte solo se possiede conoscenze e competenze che esulano dalla pura scienza biomedica e tecnologica. Nessuno infatti mette in discussione che lo scopo del medico sia quello di rendere migliore la salute delle persone, ma piuttosto si discute il fatto che rendere migliore la salute delle persone sia un concetto ovvio, cioè si spieghi da solo! *Il punto cruciale è che rendere migliore la salute delle persone non è un obiettivo perseguibile con la scienza, cioè non è passibile di spiegazione scientifica, ma è un concetto normativo, vale a dire strettamente connesso con il valore che il medico dà alla vita umana.* Nell'ipotesi che i medici siano da considerare semplicemente degli esperti dotati di conoscenza scientifica e di abilità tecniche da applicare ai malati ogniqualevolta ALTRI decidono che tale applicazione è necessaria allo scopo di rendere migliore la salute delle persone, allora la tesi sopra riportata è da considerare sensata e accettabile. Tuttavia occorre ribadire che i medici non sono semplicemente dei tecnici, seppure esperti nell'applicazione di una scoperta scientifica o di un protocollo o di una linea guida, ma sono dei professionisti e come tali dotati di capacità di giudizio critico e di decisione clinica razionale. Ma un giudizio professionale richiede conoscenza e comprensione della bontà di una pratica professionale, cioè richiede una valutazione di merito, valutazione che si compie nel momento del trasferimento della decisione razionale (basata sulle conoscenze scientifiche) alla realtà concreta. Questa valutazione di merito presuppone il riferimento a principi e a valori, quali il buono, il vero e il giusto, che richiedono di esser definiti nella loro tipologia, valutati criticamente, acquisiti a livello intel-

lettivo, razionale e applicativo. La scienza, sia pura che applicata, non è dotata di questa capacità di valutazione, in quanto non è strutturata per definire concetti di valore. La scienza stessa sussiste ed è resa possibile grazie ai presupposti metafisici di aspirazione alla verità e grazie alle scelte etiche di bene, di comprensione e di armonia che ogni ricercatore più o meno coscientemente si è dato<sup>4-6</sup>.

In secondo luogo, occorre precisare che il medico applica le sue conoscenze e la sua esperienza a una persona che a lui si rivolge per chiedere una salute migliore. Orbene, *il concetto di persona* presuppone l'esistenza di un essere razionale dotato di autonomia e individualità, ma anche capace di relazione, di alterità, di partecipazione alla vita nel consesso degli uomini. Pertanto la persona che chiede al medico migliore salute, non si attende solo una spiegazione scientifica degli eventi che hanno alterato la sua salute, ma anche una comprensione e una partecipazione alla sofferenza e al suo vivere, attraverso una relazione empatica, non contemplata dalle leggi scientifiche. Queste capacità se parzialmente possono essere innate, esse soprattutto si acquisiscono durante il periodo formativo da docenti tutori capaci di trasmetterle. Il curriculum degli studi richiede l'inserimento di questa formazione, che riguarda concetti di filosofia, di etica e di morale<sup>2</sup>. Questa conoscenza non rientra nell'orizzonte della scienza e per questo viene troppo spesso bollata come conoscenza non razionale, ambito della pura soggettività, di iniziativa personale, di buonismo medico, da escludere quindi da ogni curriculum formativo. In realtà le discipline che si occupano del senso della vita e dei valori della conoscenza e delle scelte decisionali sono pienamente razionali, così come lo sono le teorie filosofiche e le leggi scientifiche<sup>7</sup>.

Si deve riconoscere pertanto alla scienza proprietà analitiche ed esplicative, cioè in grado di spiegare i fatti sulla base di leggi scientifiche precostituite, formulate su base sperimentale; essa è dotata quindi di spiegazione. La valutazione del merito di una decisione avviene invece sulla base di principi e di valori, i quali esprimono giudizi, mai assoluti, ma orientati al bene e al vero e considerati meritevoli di essere perseguiti per contrastare la dittatura dell'individualismo e dell'egoismo, fattori questi ultimi distruttivi di ogni società<sup>7</sup>. La valutazione del merito e l'attuazione della decisione avvengono attraverso la relazione che è partecipazione al vivere dell'altro, è cioè comprensione dell'altro e della sua realtà esistenziale, aspetto questo del tutto trascurato nella formazione del medico di oggi.

Ma non è sempre stato così. In passato la capacità e l'attitudine alla comprensione attraverso la relazione con il malato venivano trasmesse non con insegnamenti dalla cattedra, ma attraverso una esperienza diretta che lo studente aveva con il suo docente durante la visita medica, docente che quasi sempre era anche maestro di comportamento, testimone di valori, di razionalità critica e di rispetto per il malato. I cambiamenti legati alla modernità hanno portato ad una progressiva ghettizzazione di concetti quali

cultura, etica, logica, valori umani e sociali, senso della vita e dell'esistenza, concetti che una tradizione culturale aveva mantenuto vivi nell'insegnamento universitario fino alla prima metà del secolo scorso, poi gradualmente affievoliti di fronte al modernismo, all'enorme e talora incontrollato sviluppo scientifico e tecnologico e al benessere sociale della seconda metà del secolo passato. Si dirà che a questa crisi di valori si è cercato di far fronte introducendo l'insegnamento delle scienze umane e sociali anche nel corso di laurea in medicina<sup>8</sup>. Si deve riconoscere tuttavia con tutta onestà il fallimento di tale insegnamento, non solo perché ghehettizzato a spazi e tempi marginali, ma soprattutto perché è apparso fin dall'inizio un correttivo, inserito nel curriculum, indirizzato a trasmettere valori e principi considerati come un qualche cosa di esterno al processo formativo stesso, senza che una vera comprensione di questi argomenti etici e morali potesse in realtà costituire una parte integrante della formazione medica e di ciò che significa diventare un medico colto e formato e fare il medico nella relazione con i pazienti<sup>9</sup>. Il fallimento dell'insegnamento delle scienze umane nel curriculum formativo del medico non è solo fenomeno italiano, ma riconosciuto anche nei paesi anglosassoni<sup>1</sup>, tanto che il filosofo e teologo americano William Stempsey (1999) lo ha definito come "la quarantena delle scienze umane".

Un'altra considerazione merita rilievo. I principi che ispirano l'agire e il decidere in medicina e i valori che ne costituiscono il presupposto possono essere trasmessi solo da docenti dotati di tali caratteristiche e capaci non solo di insegnarle, ma soprattutto di viverle nella loro attività medica quotidiana di corsia o di ambulatorio. A fronte di questa ineludibile verità, il colpo di grazia all'esclusione di tale formazione dal curriculum degli studi medici sta per essere inferto dall'attuazione della vigente legge che regola i concorsi universitari e l'arruolamento dei docenti, non solo nella facoltà di medicina, ma nell'intera università. Si tratta della cosiddetta "legge Gelmini" (dal nome del ministro dell'università e della ricerca che l'ha proposta), promulgata nel dicembre 2010 allo scopo di por fine agli scandali dei concorsi universitari, documentati in molte sedi ed enfatizzati dai media. Orbene, l'accesso alla valutazione nazionale, che consente di ottenere l'abilitazione per accedere poi alla nomina di professore universitario nelle singole sedi universitarie, richiede la presentazione di un curriculum esclusivamente scientifico, basato cioè sulle pubblicazioni del candidato su riviste scientifiche in grado di documentare la sua capacità e le sue doti di ricerca. Nessuna richiesta è prevista in merito alle capacità didattiche, né tanto meno a quelle professionali. L'attuazione di questa nuova legge induce a pensare che avremo docenti dotati di altissima competenza scientifica, in altre parole degli scienziati veri e propri, chiamati peraltro a insegnare non solo la medicina scientifica, ma anche il processo decisionale medico, il metodo clinico, la relazione con il malato, la complessità clinica, le scelte prioritarie da seguire per far fronte ai bisogni di salute della società<sup>10</sup>. Dove

e come sono state acquisite queste capacità? E chi ha valutato la preparazione didattica e professionale di questi docenti?

In conclusione, il presupporre principi, valori e finirà risposta alla grande domanda sul senso della vita e dell'esistenza, sul destino dell'uomo e dell'umanità, domanda che non si può in alcun modo eludere<sup>11</sup> e che il malato stesso si pone, talora inconsciamente. Nessun laboratorio e nessuna scoperta scientifica, nessun esperimento e nessun calcolatore elettronico possono dare risposta a questa domanda e risolvere questo problema. Pertanto, se l'acquisizione di conoscenze scientifiche e di abilità tecniche è da considerare elemento indispensabile per diventare medici preparati e competenti, tuttavia questi obiettivi da soli non sono da considerare sufficienti affinché un laureato in medicina possa dire di essere medico nel senso proprio della parola, né tanto meno possa affermare di saper fare il medico, vale a dire di svolgere la professione di chi si prende cura della persona nella sua totalità e assume le responsabilità che la società intende affidargli. L'atto medico è una decisione della volontà, che, nell'intento di perseguire fini di bene e di giustizia per la vita e per l'esistenza, muove l'intelligenza attingendo dalla conoscenza scientifica e dall'esperienza umana e professionale e traduce in azione operante le decisioni elaborate a livello critico e razionale. Questo passaggio dalla teoria alla prassi avviene attraverso l'applicazione del metodo clinico che comporta il costruire una relazione, prioritariamente tra due persone, il malato e il medico. Esso presuppone valori e principi, intuizione e razionalità e richiede pertanto di essere conosciuto, praticato e insegnato. Il tema del metodo, fondamentale per fare il medico, richiede piena attenzione ed esaustiva rinnovata trattazione.

#### Bibliografia essenziale

- 1) Swanwick T. Doctors, science and society. *Medical Education* 2013; 47:7-9
- 2) Martin C. Reconstructing a lost tradition: the philosophy of medical education in an age of reform. *Medical education* 2013; 47: 33-39
- 3) Ruitenberg C. Why the conception of the doctor as applied scientist is inadequate. *Medical Education*, 2013; 47:956-7
- 4) Einstein A. Scienza e religione. Tr. it. In *Pensieri degli anni difficili*. Boringhieri Editore, Torino 1965
- 5) Weber M. Il lavoro intellettuale come professione. Einaudi Editore. Torino, 1967
- 6) Antiseri D. La conoscenza scientifica. In: G. Reale, D. Antiseri. *Quale ragione?* Raffaello Cortina Editore, Milano 2001
- 7) Antiseri D. Come si ragiona in filosofia. La Scuola Editrice. Brescia 2011
- 8) Lenzi A, et al. Una proposta unitaria della Conferenza dei Presidi e Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e chirurgia per il RaD-DM 270/04. *Med Chir* 43, 1816-1836, 2008
- 9) COLMED-09. L'innovazione in Medicina Interna. Documenti. Ed. Colmed-09/SIMI, 2010
- 10) Elder A, et al. The road back to the bedside. *JAMA* 2013; 310, 799-10
- 11) Bobbio N. Che cosa fanno oggi i filosofi? Bompiani, Milano 1988

# Ospedali di Ricerca e Ospedali di Insegnamento nell'educazione medica: è necessario un dibattito?

Giuseppe Familiari, Eugenio Gaudio (*La Sapienza Università di Roma*)

## Abstract

*The concrete implementation of modern educational projects in keeping with the needs of prevention and care is changing constantly. Not only does the entire matter of the organization of medical education require rethinking, but the Faculties/Schools of Medicine also need to bring their leadership into play to foster a medical/health-care training network capable of covering the whole territory and delivering high-quality, customized tuition such as to cater for the real learning needs of medical/health-care students and graduates.*

## Introduzione

I rapporti di collaborazione tra Facoltà/Scuole di Medicina e territorio hanno origini lontane: basti pensare alla legge n. 6972 del 17 Luglio 1890, là dove si trova scritto che *“nelle città sede di facoltà medico-chirurgiche, gli ospedali sono tenuti a fornire il locale o a lasciare a disposizione i malati ed i cadaveri occorrenti per i diversi insegnamenti”*.

Oggi, queste indispensabili interazioni sono regolate da numerosi dispositivi di legge. In breve, dalla riforma sanitaria del 1978 (legge 833) si giunge alla fine degli anni '90 a una nuova disciplina giuridica, rappresentata dal D.L.vo n. 517/99, che norma i rapporti tra Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e Università, e dal DPCM 24 Maggio 2001, che emana le linee guida atte a disciplinare l'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca. Tale DPCM indica chiaramente come i rapporti tra SSN ed Università debbano essere ispirati al principio della leale collaborazione, definisce le linee della partecipazione universitaria alla programmazione sanitaria regionale, e indica i parametri per la individuazione delle strutture complesse che siano indispensabili e funzionali alle esigenze dell'Università, definendo anche il volume ottimale di attività necessaria alle attività didattiche relative al Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, ai Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie ed ai Medici in Formazione Specialistica.

Come è possibile leggere in un Documento del Ministero della Salute (2011), “con quest'ultima legislazione vengono di fatto superati i precedenti diversi modelli aziendali ed individuata una nuova tipologia di Azienda, che si caratterizza per una missione più complessa,

giacchè deve raggiungere sia obiettivi assistenziali, che assicurare i compiti istituzionali delle Università. Dalla inscindibilità tra assistenza, didattica e ricerca si passa all'integrazione tra queste funzioni sulla base dei principi e delle modalità proprie dell'attività assistenziale del SSN. Non più giustapposizione tra SSN e Università, ma piena integrazione”.

Il DPCM del 24 Maggio 2001 contiene le linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra Regioni e Università per lo svolgimento delle suddette attività integrate; deve purtroppo essere notato come ancora oggi, dopo oltre un decennio dall'entrata in vigore del DPCM indicato, in molte Regioni Italiane, siano in discussione principi e norme che diano uniformità ed armonizzazione applicativa del D.L.vo n. 517/99 sul territorio nazionale.

Se nella premessa di una recentissima mozione della Conferenza Permanente delle Facoltà/Scuole di Medicina e Chirurgia inviata all'On. Sig. Ministro del MIUR (seduta del 21 Novembre 2013) si legge che: *“È necessario il pieno riconoscimento e la valorizzazione delle attività assistenziali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, che hanno la finalità di assicurare l'indispensabile supporto alle attività didattiche e scientifiche delle Facoltà/Scuole di Medicina; è, quindi, indispensabile il rafforzamento della collocazione delle Facoltà/Scuole di Medicina e delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria nel Sistema universitario, con una piena e leale collaborazione con il SSN, anche mediante la realizzazione di reti formative che coinvolgano Ospedali accreditati secondo standard di qualità”* si evince che il processo di armonizzazione e di piena collaborazione previsto dalle leggi vigenti per Università e SSN è ancora in una fase di dibattito, con nodi che debbono ancora essere sciolti e problematiche che debbono essere ancora risolte.

Lo scopo di questa breve nota è essenzialmente quello di fornire alcuni elementi per un forum di discussione, ma anche alcune ipotesi organizzative e proposte di razionalizzazione, nell'ottica del processo di internazionalizzazione del nostro sistema formativo, che tutte le nostre Facoltà/Scuole di Medicina hanno ormai, da lunghi anni, intrapreso (Familiari et al., 2013).

## Ospedali di Insegnamento e Ospedali di Ricerca

Attualmente, in Italia, sono attivi sia Ospedali di insegnamento che Ospedali di ricerca con diverse attribuzioni e ruoli. Nell'uso corrente, quando si parla di Ospedali di insegnamento si fa spesso riferimento ai Policlinici Universitari, all'interno dei quali, ovviamente, vi è anche e soprattutto una grande e qualificata attività di ricerca scientifica, mentre esistono degli Ospedali classificati come Ospedali di ricerca, quali gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), che possono anche essi, in alcuni casi, fare diretto riferimento ad Istituzioni Universitarie. Esistono altresì numerose aziende ospedaliere che sono parte del SSN, che hanno rapporti convenzionali diretti con le Facoltà/Scuole di Medicina, e che di fatto ampliano la cosiddetta "rete formativa" a disposizione degli studenti di medicina, degli studenti delle professioni sanitarie e dei medici in formazione specialistica. Sono anche funzionanti, nel territorio, numerose strutture ospedaliere e territoriali delle Aziende Sanitarie Locali e strutture private accreditate che non hanno alcun tipo di rapporto convenzionale con le Facoltà/Scuole di Medicina.

Alcuni dati interessanti, derivanti da revisioni sistematiche della letteratura internazionale, mettono in evidenza un livello migliore nella qualità della cura erogata, osservabile negli Ospedali di insegnamento, nei confronti degli Ospedali dove non si pratica l'insegnamento universitario (Kupersmith, 2005). Queste differenze non sembrano però apparire estremamente significative e sono limitate, in alcuni casi, solo ad alcuni ambiti disciplinari (Papanikolaou et al., 2006). Non vi sono dati derivanti da revisioni della letteratura rilevabili da PubMed e riferibili alla realtà italiana.

Gli Ospedali di ricerca e gli Ospedali di insegnamento rappresentano comunque strutture o modelli organizzativi da doversi considerare non in alternativa ma, al contrario, come strutture complementari, in relazione alla complessità del processo di formazione che riguarda l'area medica.

## Un breve cenno alla terminologia italiana ed internazionale

Il tentativo di traduzione dall'inglese all'italiano dei termini "research hospital" e "teaching hospital" fa emergere alcuni elementi che possono essere utili nella definizione dei ruoli e delle competenze.

La consultazione di un sito internazionale come WordReference.com, mette in evidenza

come all'abbinamento con "research hospital" non corrisponda una traduzione univoca, mentre all'abbinamento con "teaching hospital" la traduzione principale assegni il termine univoco di "clinica universitaria".

Anche se si cerca una definizione su Wikipedia, si hanno risposte non univoche. Infatti, mentre alla voce "teaching hospital" è associata una chiara definizione (*A teaching hospital is a hospital that provides clinical education and training to future and current doctors, nurses, and other health professionals, in addition to delivering medical care to patients. They are generally affiliated with medical schools or universities (hence the alternative term university hospital), and may be owned by a university or may form part of a wider regional or national health system. Some teaching hospitals also have a commitment to research and are centers for experimental, innovative and technically sophisticated services*), alla voce "research hospital" non si trova alcuna definizione (*The page "Research hospital does not exist" Research hospital does not exist. You can ask for it to be created, but consider checking the search results below to see whether the topic is already covered*), mentre si trovano riferimenti specifici a numerose Istituzioni internazionali, in maggioranza universitarie, corrispondenti a quelle che hanno compreso il termine "ricerca" nella definizione di esse stesse.

L'impressione che possiamo trarre da questa semplice consultazione è già quella che in realtà, a livello di terminologia internazionale, l'attività di ricerca sia intimamente legata e compresa all'interno dell'attività di insegnamento di tipo universitario.

## Un cenno di storia e la definizione dell'insegnamento universitario

L'insegnamento universitario o insegnamento superiore è quello che l'articolo 1, primo e secondo comma del T.U. approvato con Regio decreto del 31 Agosto 1933, n. 1592, ha per fine quello di "...promuovere il progresso della scienza e fornire la cultura scientifica necessaria per l'esercizio degli uffici e delle Professioni". Di fatto, esso sancisce il principio che, nell'Università, la ricerca è il momento stesso dell'istruzione, e l'istruzione, come trasmissione del sapere, si attua fundamentalmente attraverso il lavoro di ricerca del sapere, di approfondimento del vero. Nell'Università, l'istruzione non è pertanto semplice comunicazione, ma è partecipazione al lavoro sperimentale della scienza (Benvenuti, 1979). Al rafforzamento di questo

concetto essenziale, provvede anche l'articolo 33, primo comma, della Costituzione Italiana, là dove è scritto che *“l'arte e la scienza sono libere e libero ne è l'insegnamento”*; Anche in questo caso, deve valere l'interpretazione che, nell'ambito dell'istruzione universitaria, la didattica implica l'attività scientifica, per cui la libertà di scienza opera anche in funzione della didattica (Benvenuti, 1979).

Questi antichi capisaldi della nostra legislazione, sono di straordinaria modernità se confrontati con quanto si trova nella letteratura internazionale sullo stesso tema; Boyer (1990) ad esempio, afferma che: *“We believe that it is time to move beyond the tired old “teaching versus research” debate and give the familiar and honorable term “scholarship” a broader, more capacious meaning, one that brings legitimacy to the full scope of academic work. Surely, scholarship means engaging in original research. But the work of the scholar also means stepping back from ones's investigations, looking for connections, building bridges between theory and practice, and communicating one's knowledge effectively to students”*.

### **L'educazione medica di qualità, oggi**

Per progettare e mettere in atto una istruzione universitaria di qualità è necessario sviluppare nuove metodologie pedagogiche e strutture didattiche avanzate, in grado di incoraggiare l'autoapprendimento ed il pensiero critico e riflessivo degli studenti. Non deve poi essere mai dimenticato che l'istruzione universitaria richiede, per essere messa in atto, docenti realmente entusiasti ed intellettualmente coinvolti, che siano all'avanguardia ed aggiornati sugli ultimi sviluppi delle rispettive discipline e degli standards della pedagogia medica internazionale (Gallo, 2011; Familiari et al., 2013; Mennin, 2013).

L'educazione medica ha raggiunto oggi un livello di complessità che nessuno avrebbe pensato possibile solo dieci anni fa. Profondi cambiamenti hanno interessato, non solo l'identificazione delle diverse tipologie di abilità del core curriculum (curriculum planning), ma anche la certificazione del loro effettivo raggiungimento (learning outcomes), le nuove strategie di apprendimento/insegnamento (approaches to teaching and learning), i metodi di verifica dell'apprendimento (assessment tools) e di tutto quello che riguarda, in senso lato, le metodologie ed il management della formazione nell'ambito dei numerosi corsi di studio gestiti dalle Facoltà/Scuole di Medicina

e Chirurgia (McLean et al., 2008; Snelgrove et al., 2009; Gallo, 2011; Familiari, et al., 2013; Mennin, 2013).

L'educazione medica, è, oggi, essa stessa una vera e propria disciplina scientifica, tale da richiedere al mondo accademico la giusta attenzione sui valori intrinseci di responsabilità sociale ad essa connessi e sulla necessità del suo accreditamento condiviso a livello internazionale. La necessità della professionalizzazione dell'insegnamento clinico su standard elevati ha richiesto pertanto un processo globale di rinnovamento dell'ambiente medico universitario, che è stato guidato da un complesso processo di rinnovamento legato alla leadership istituzionale, all'eccellenza dell'insegnamento, ma soprattutto legato ad una attenta definizione e valutazione di processo e di prodotto. (Goldie, 2006; McLean et al., 2008; Snelgrove et al., 2009; Gallo et al., 2012; Familiari, et al., 2013).

Non vi è dubbio che il rinnovamento pedagogico messo in atto dalle Facoltà/Scuole di Medicina e Chirurgia italiane, in quest'ultimo decennio, sia stato di grande valore, soprattutto attraverso le iniziative condotte dalle Conferenze Permanenti dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia e dei Presidi delle Facoltà/Scuole di Medicina e Chirurgia e dalla Società Italiana di Pedagogia Medica (Snelgrove et al., 2009; Consorti, 2011; Del Vecchio, 2011; Gallo, 2011; Binetti et al., 2012; Lenzi, 2012; Familiari, 2013; Familiari e Consorti, 2013).

Deve infine essere ribadito che tale processo di rinnovamento non può più avere le caratteristiche della episodicità, ma deve essere considerato al pari di un vero e proprio “piano strategico” da percepire come strettamente necessario nella formazione di area medica, che sia funzionale alle necessità di salute della popolazione di oggi e del prossimo futuro (McLean et al., 2008; Snelgrove et al., 2009; Binetti et al., 2012; Lenzi, 2012; Familiari, et al., 2013; Pershing e Fuchs, 2013).

Pershing e Fuchs (2013) individuano alcune nuove dimensioni nell'erogazione delle cure negli Stati Uniti, quali: *“a different mix of patients; more ambulatory, chronic care and less acute, inpatient care; expanded insurance coverage; an older population; a team approach to care; rapid growth of subspecialty care; growing emphasis on cost effective care; and rapid technological change”*. Appare subito chiaro che, a parte le problematiche legate alle coperture assicurative, che sono peculiari del sistema statunitense, gli altri punti possano essere condivisi, anche per quanto riguarda

la realtà italiana, come punti essenziali a cui mirare per la formazione dei nuovi medici, degli operatori sanitari e degli specialisti.

### **L'integrazione e le diverse tipologie di Ospedale per un reale rinnovamento**

L'attuazione concreta di progetti didattici moderni che siano in linea con le necessità di prevenzione e assistenza in continua evoluzione, non solo richiede un ripensamento dell'organizzazione pedagogica, ma pone la necessità a che le Facoltà/Scuole di Medicina e Chirurgia mettano in campo la loro "leadership" per riconfigurare e ripensare una rete formativa che si estenda sul territorio, che sia di qualità e che sia maggiormente adeguata alle necessità di reale apprendimento degli studenti e dei medici in formazione (Fraher et al., 2013; Hamdy, 2013).

Per raggiungere tale obiettivo è necessario pertanto creare una "rete", che abbia necessariamente una "leadership universitaria" in grado di coinvolgere ed integrare realmente nel proprio processo formativo almeno le seguenti strutture: un Polo per la ricerca scientifica di base e traslazionale, un Polo assistenziale centrale di alta qualificazione (l'Azienda di riferimento) integrato con altri Ospedali cittadini e provinciali pubblici o privati accreditati, Centri di alta complessità per problemi specifici, Strutture territoriali (medici di medicina generale, assistenza primaria, prevenzione, promozione della salute), un Polo didattico ad alta tecnologia, i Dipartimenti Universitari/Assistenziali, i Consigli delle strutture didattiche, le Commissioni dei corsi di studio e multidisciplinari di Facoltà, gli Organi per il controllo ed il monitoraggio della Qualità, gli Organi delle Aziende Ospedaliero-Universitarie che comprendono generalmente il Direttore generale, il Collegio sindacale, l'Organo di indirizzo, il Collegio di direzione.

Una reale integrazione di queste entità è certamente un compito non facile, ma una vera e propria sfida culturale, se abbiamo veramente la volontà di voler formare i nostri giovani con un adeguato livello di professionalità e in grado di assolvere con competenza i loro gravosi impegni dedicati alla cura e alla prevenzione della Società globale.

La "rete" per una "didattica di qualità" deve essere integrata nella "ricerca" e in una "rete assistenziale di qualità" che deve essere ampia, in relazione al numero elevato delle esperienze dirette che sono necessarie per raggiungere una preparazione adeguata.

La lettura dei numerosi protocolli regionali approvati o in corso di approvazione mette generalmente in luce degli ottimi propositi di integrazione, ma, nella complessità dei diversi documenti, non vi sono argomentazioni chiare che indichino la "leadership universitaria" nella coordinazione di questo intricato rapporto organizzativo che vede ricerca e assistenza in funzione delle necessità didattiche degli studenti nei diversi gradi di formazione medica.

Fatte salve le esigenze di prevenzione, sicurezza e cura dei pazienti, si dovrebbe avere maggior coraggio nell'indicare con maggiore chiarezza lo scopo primario di questi accordi: quello del supporto alla formazione medica, dove la "leadership" non può non essere che universitaria, per quanto sopra scritto.

Ci sembra doveroso riportare quanto recentemente scritto da Fraher et al (2013). Essi affermano che: "Academic Health Centers (AHCs) – organizations at the forefront of innovations in health care delivery and health workforce training – are uniquely situated to proactively lead efforts to retrain the existing workforce", e raccomandano: "a set of specific actions (i.e., discovering and disseminating best practices; developing new partnerships; focusing on systems engineering approaches; planning for sustainability; and revising credentialing, accreditation, and continuing education) that AHC leaders can undertake to develop a more coherent workforce development strategy that supports practice transformation".

Pur nella considerazione che il contesto statunitense dell'organizzazione sanitaria sia diverso dal nostro, e che il nostro sistema sanitario sia, per numerosi aspetti, di livello superiore, deve essere notato come la responsabilità dell'Università nell'organizzazione generale della formazione in area medica debba essere considerata come prerequisito importante in grado di assicurare una crescita di sistema, su principi condivisi con il SSN, che abbia alla base l'implementazione della qualità e dell'internazionalizzazione, sia negli interessi dei giovani in formazione sia negli interessi della società di oggi e del prossimo futuro.

### **Bibliografia**

- 1) Benvenuti F. L'Università: Autonomia e Decentramento, in: Atti del Convegno su "Programmazione, Autonomia e Amministrazione Universitaria", Ministero della Pubblica Istruzione, Direzione Generale per l'Istruzione Universitaria, Napoli - Giannini, 1979.
- 2) Binetti P, Gaudio E, Lenzi A, Armocida G, Ricciardi W, Frati L. Ripensare la Facoltà di Medicina e Chirurgia. *Med Chir* 2012; 54: 2399-2406.

- 3) Boyer EL. *Scholarship Reconsidered: Priorities of the Professorate*. The Carnegie Foundation for the advancement of Teaching. San Francisco, Jossey-Bass, 1990.
- 4) Consorti F. *Didattica Pratica e Professionalizzante*, Collana di Pedagogia Medica SIPeM, ESPRESS EDIZIONI, Torino, 2011.
- 5) Delvecchio G. *Formazione in Ospedale*, Collana di Pedagogia Medica SIPeM, ESPRESS EDIZIONI, Torino, 2011.
- 6) Familiari G. The international dimensions of medical education. *Med Chir* 2013; 57: 2537-2538.
- 7) Familiari G, Consorti F. The best evidence medical education and the essential skills on medical teaching: important keys for medical education internationalization. *Med Chir* 2013; 59: 2662-2663.
- 8) Familiari G, Violani C, Relucenti M, Heyn R, Della Rocca C, De Biase L, Ziparo V, Gallo P, Consorti F, Lenzi A, Gaudio E, Frati L. International reality of medical education. *MEDIC* 2013; 21: 53-59.
- 9) Fraher E, Ricketts TC, Lefebvre A, Newton WP. The role of Academic Health Centers and their Partners in reconfiguring and retooling the existing workforce to practice in a transformed health system. *Acad Med* 2013; 88: 00-00 in corso di stampa.
- 10) Gallo P. *Insegnare nei corsi di laurea in medicina e odontoiatria*. Collana di Pedagogia Medica SIPeM, ESPRESS EDIZIONI, Torino, 2011.
- 11) Goldie J. Evaluating educational programmes. AMEE Education Guide no. 29. *Med Teach*. 2006;28:210-24.
- 12) Hamdy H. How to manage a medical college. In: A Practical Guide for Medical Teachers. Dent JH, Harden RM Editors, pp 407-413, Churchill Livingstone – Elsevier, 2013.
- 13) Kupersmith J. Quality of care in teaching hospitals: a literature review. *Acad Med* 2005; 80: 458-466.
- 14) Lenzi A. Manifesto di intenti per il triennio 2011-2014. *Med Chir* 2012; 55: 2427-2428.
- 15) McLean M, Gilliers F, Van Wyk JM. Faculty Development: Yesterday, today and Tomorrow. AMEE Education Guide no. 33. *Med Teach* 2008; 30: 555-584.
- 16) Mennin S. Academic Standards and Scholarship. A Practical Guide for Medical Teachers. Dent JH, Harden RM 17) Editors, pp 377-384, Churchill Livingstone – Elsevier, 2013.
- 18) Ghirardini A, Andrioli Satagno R, Cardone R, Ciampalini S, Colonna A, De Feo A, Furlan D, Leomporra G, Seraschi C. Ufficio III Qualità delle Attività e dei Servizi, Ministero della Salute: Dipartimenti per il governo clinico e l'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca, Workshop 1 Aprile 2011. Disponibile al sito web: <http://www.salute.gov.it/qualita/qualita.jsp>
- 19) Papanikolaou PN, Christidi GD, Ioannidis JPA. Patient outcomes with teaching versus nonteaching healthcare: A systematic Review. *PLoS Medicine* 2006; 3: 1603-1615.
- 20) Pershing S e Fuchs VR. Restructuring medical education to meet current and future health care needs. *Acad Med* 2013; 88: 00-00 in corso di stampa.
- 21) Snelgrove H, Familiari G, Gallo P, Gaudio G, Lenzi A, Ziparo V, Frati L. The Challenge of reform: 10 years of curricula change in Italian Medical Schools. *Med Teach* 2009; 31: 1047-1055.

# Identificazione precoce e intervento breve nei confronti del bere a rischio. Cosa insegnare ai futuri medici

Maria Fiore<sup>1</sup>, Gaetano Catania<sup>1</sup>, Maria Grazia D'Agati<sup>1</sup>, Vito Margherita<sup>1</sup>, Luca Leon<sup>2</sup>, Roberto Fallico<sup>2</sup>, Gian Battista Modonutti<sup>2</sup>, Margherita Ferrante<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Catania, <sup>2</sup>Trieste)

## Abstract

*Aim of this work is to promote the introduction of the alcoholology and the "Clinical guidelines for the identification of hazardous and harmful consumption of alcohol and brief intervention" study in Medicine and Surgery degree course, to learn the execution of brief interventions on the population at risk.*

*The authors report a summary of guidelines and the main tools used for the identification of hazardous and harmful alcohol consumption and for the execution of the brief intervention. Moreover, they reported the results of a survey on medical students' knowledge and drinking habits. It highlighted the lack in the field of knowledge of alcoholology, a high frequency of "occasional drinkers" (34.7%) and "regular drinkers" (25.9%) among the students of the fifth year of the Medicine and Surgery degree course of the Catania University. Intensified education concerning healthy lifestyle coping with consumption of alcohol during medical school could help improve these habits in healthcare professionals and their patients.*

## Introduzione

Ogni anno sono attribuibili, direttamente o indirettamente, al consumo di alcol: il 10% di tutte le malattie, il 10% di tutti i tumori, il 63% delle cirrosi epatiche, il 41% degli omicidi ed il 45% di tutti gli incidenti, il 9% delle invalidità e delle malattie croniche\*. Nonostante ciò l'abitudine all'alcol è estremamente diffusa ed intimamente legata alla nostra cultura. Il consumo di un bicchiere di vino a tavola può essere considerato parte integrante dell'alimentazione e in generale della vita sociale. Nel corso degli anni, tuttavia, a fronte di una internazionalizzazione dei consumi e di ingenti investimenti relativi al marketing delle pubblicità di alcolici, al tradizionale consumo moderato si è affiancato il consumo eccessivo episodico e/o persistente di alcol, il cosiddetto binge drinking. Inoltre, è cambiato il tipo di bevanda consumata: è diminuita la quota di chi consuma solo vino e/o birra ed è aumentata quella di chi consuma anche aperitivi alcolici, amari e superalcolici, spesso fuori dai pasti. I consumatori più a rischio risultano i giovani<sup>2,3,4</sup>, anche se non vanno trascurate le altre fasce d'età. Infatti, la propensione al binge drinking appare diffusa anche tra gli adulti, tra le

persone con più alto titolo di studio e fra chi si sente in buono stato di salute, evidenziando una lacuna nella diffusione di informazioni corrette e scientificamente fondate sui rapporti tra alcol e salute<sup>5</sup>.

L'alcol incrementa il rischio di sviluppare malattie e lesioni alcol correlate in modo direttamente proporzionale alla dose ingerita, senza alcun effetto soglia apparente, di conseguenza gli operatori dell'assistenza sanitaria primaria avrebbero l'opportunità di identificare tutti i pazienti adulti che consumano alcol in modo rischioso e dannoso attraverso semplici screening<sup>6</sup>. In realtà, sebbene la gran parte dei Medici di Medicina Generale dichiara di monitorare il consumo di alcol<sup>7,8</sup> attualmente la frequenza con cui vengono effettuati gli screening è bassa<sup>9</sup> e gli stessi pazienti affermano che raramente vengono poste domande sull'alcol, anche nel caso di forti bevitori<sup>10</sup>.

L'OMS ha da tempo evidenziato la necessità di promuovere interventi rivolti alla popolazione generale e in particolare ai giovani, per sollecitare l'adozione di comportamenti di vita sani supportati da una corretta informazione e dalla consapevolezza dei potenziali rischi e dei danni che alcuni atteggiamenti possono causare<sup>11</sup>.

In Italia, nel 2001, è stata approvata la legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati<sup>12</sup>. In particolare l'art. 5 di tale legge (Modifiche agli ordinamenti didattici universitari) indica l'opportunità di modificare l'ordinamento didattico del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia allo scopo di assicurare l'apprendimento dell'alcolologia durante il corso di studio. Tuttavia, nonostante sia trascorso oltre un decennio, la legge non è mai stata applicata e nonostante esistano diversi programmi volti a modificare i comportamenti a rischio i dati dell'OMS mostrano un'evidente lacuna in merito ai potenziali interventi che si potrebbero attuare per ridurre i danni causati dall'alcol ed evidenziano che l'assistenza sanitaria di base, comunemente riesce ad identificare meno del 10% della popolazione che fa uso problematico di alcol e meno del 5% di coloro che potrebbero beneficiare di interventi brevi<sup>13</sup>, mentre è noto che l'intervento breve è efficace nel ridurre il consumo di alcol, sia negli uomini che nelle donne, fino a sei/dodici mesi successivi all'intervento stesso<sup>14</sup>.

Pertanto, obiettivo di questo lavoro è promuovere l'introduzione dello studio dell'alcolologia e delle "Linee guida cliniche per l'identificazione

\*Consumo a rischio per la salute: il consumo che eccede 2-3 unità alcoliche (ua) al giorno per l'uomo; 1-2 ua per la donna; 1 ua per gli anziani di 65 anni e più; qualsiasi quantità giornaliera per i minori di 11-17 anni; Binge drinking: consumo di 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione.<sup>18</sup> Consumo dannoso: consumo di alcol che porta inevitabilmente ad alterazioni della salute fisica e mentale del consumatore e di conseguenza importanti danni sociali<sup>15</sup>.

del consumo rischioso e dannoso di alcol e l'intervento breve", nell'ordinamento didattico del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia, affinché il futuro medico possa acquisire le conoscenze necessarie per l'attuazione di interventi brevi sulla popolazione a rischio. Infine, vengono riportati i risultati di uno studio pilota sulla valutazione delle conoscenze alcolologiche e sulle abitudini alcoliche degli studenti del V anno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di Catania allo scopo di evidenziare con dati oggettivamente acquisiti quale sia l'attuale situazione.

### Materiali e Metodi

E' stata effettuata una sintesi delle "Linee guida cliniche per l'identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol" riportando i principali strumenti utilizzati per l'identificazione e le modalità suggerite per l'intervento breve<sup>6</sup>.

Quindi allo scopo di indagare le conoscenze alcolologiche e le abitudini alcoliche fra gli studenti del V anno del Corso di laurea di Medicina dell'Università di Catania, durante l'anno accademico 2010-2011, dopo aver spiegato le finalità della ricerca e le sue possibili ricadute, è stata proposta a tutti gli studenti presenti in aula la compilazione di una Scheda Questionario (SQ). La SQ è composta da una prima parte destinata alla raccolta dei dati anagrafici, da una seconda parte contenente domande riguardanti l'alcolologia, la legge in materia di alcol e problemi alcol-correlati ed infine una terza parte nella quale è stato inserito il questionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). L'AUDIT, elaborato dall'OMS, è un semplice test di screening costituito da 10 domande, che serve ad identificare il consumo rischioso, dannoso o l'alcol dipendenza<sup>15</sup>. I risultati del questionario AUDIT sono stati ottenuti in base ai seguenti punteggi: 1) 0-8: risultato negativo, nessun problema da segnalare. 2) >8 - >14: trattasi di un consumatore a rischio, che ha o ha avuto problemi alcol-correlati (infortuni o forti bevute occasionali) ma, probabilmente, non si tratta ancora di una dipendenza fisica da alcol. 3) > 15: trattasi di un consumatore che ha problemi alcol-correlati e/o è un soggetto alcol-dipendente.

Le informazioni raccolte sono state opportunamente codificate, sottoposte a revisione critica ed elaborate utilizzando lo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for windows, release 20, 2012, SPSS, Chicago, Illinois). L'analisi statistica è stata effettuata tramite il T-test ed il test del Chi-quadro al fine di verificare rispettivamente la presenza di differenze significative tra i gruppi di variabili quantitative e qualitative.

E' stato considerato "bevitore occasionale" chi

ha dichiarato di bere una quantità di alcol inferiore a 5g/die e "bevitore abituale" chi ha dichiarato di bere una quantità pari a 5 o più g/die.

### Risultati

*Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve: identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol.*

E' stato dimostrato che l'identificazione del "consumo rischioso" e del "consumo dannoso" di alcol è più efficace se inserita nella routine della pratica clinica attraverso la somministrazione di semplici test di screening a tutti i nuovi pazienti al momento della registrazione, e a tutti i pazienti che si presentano ad un controllo. Quando un simile approccio non è applicabile, un'opzione plausibile è quella di limitare lo screening a gruppi ad alto rischio o ad alcune situazioni specifiche (per es. l'ipertensione)<sup>6</sup>.

Esiste una vasta gamma di test utilizzabili per identificare il consumo problematico di alcol, come per esempio l' AUDIT, l'AUDIT-C, il FAST, il CAGE ecc. Una volta individuato il soggetto che ha un consumo problematico di alcol è auspicabile procedere con un intervento breve. Esso è un provvedimento efficace per la riduzione del "consumo rischioso" e del "consumo dannoso" di alcol, consiste sostanzialmente nel comunicare il rischio al bevitore (feedback), fornire informazioni e avvertenze in forma breve (brief advice), e definire gli obiettivi da raggiungere (goal setting). La durata di ogni intervento può variare da un minimo di 5 minuti ad un massimo di 20 minuti. Possono essere inclusi, infine, anche l'assistenza e il follow-up a distanza<sup>6,14</sup>.

*Indagine sulle conoscenze alcolologiche e sulle abitudini alcoliche degli studenti del V anno del corso di laurea in medicina dell'Università di Catania*

La ricerca ha coinvolto un campione di 170 studenti universitari (51,2% femmine), di età media pari a 23,6 anni.

I dati relativi alle conoscenze alcolologiche hanno evidenziato che il 91,7% degli studenti sa che cos'è l'alcol (M: 86,4%; F: 97,0%; p<0,05). Il 54,5% sa cosa si intende per "grado alcolico" (M: 47,0%; F: 62,1%; p< 0,005). Il 72,0% conosce il limite, previsto dal codice della strada, di 0,5 g/L di alcol nel sangue, limite oltre il quale il conducente viene definito in stato di ebbrezza e, quindi, soggetto a provvedimenti sanzionatori.

Il 90,0% degli studenti afferma di aver già sperimentato le bevande alcoliche. La prima degustazione di bevande alcoliche viene fatta risalire

mediamente all'età di 14,3 anni.

Per quanto attiene le abitudini alcoliche dichiarate il 34,7% degli studenti consuma mediamente meno di 5,0 g/die di alcol anidro pertanto sono stati considerati "bevitori occasionali" (M: 27,7%; F: 41,4%), mentre il 25,9% degli studenti consuma 5.0 o più g/die di alcol anidro e sono considerati "bevitori abituali".

Il 67,9% degli studenti consuma bevande alcoliche durante i pasti (M: 69,8%; F: 65,8%), con una differenza statisticamente significativa rispetto agli studenti che consumano alcolici fuori pasto ( $p=0,0004$ ), sia per i maschi ( $p=0,0034$ ) che per le femmine ( $p=0,042$ ).

I dati relativi all'AUDIT sono riportati nella tabella 1.

Score AUDIT	Maschi (%)	Femmine (%)	Pop. tot. (%)
< 8	93,9	97,0	95,5
>8 x < 13	4,5	3,0	3,8
>13	1,5	0,0	0,8

Tab. 1 - Distribuzione percentuale degli studenti in funzione dello score ottenuto rispondendo al questionario AUDIT.

### Discussione e conclusioni

Questo studio offre una preziosa occasione per formulare alcune importanti considerazioni sull'importanza dell'"intervento breve", sulle conoscenze alcolologiche e sulle abitudini alcoliche fra gli studenti del V anno del C.d.L in Medicina e Chirurgia dell'Università di Catania. Purtroppo, tra i futuri medici coinvolti in questa ed in altre indagini, le percentuali dei "bevitori abituali" ed "occasionalisti" non sono trascurabili<sup>16,17</sup>.

Considerato che la percentuale di consumatori di bevande alcoliche aumenta all'aumentare del titolo di studio posseduto, il fenomeno diventa ancora più allarmante se si prende in considerazione la possibilità che ad abusare di alcol possano essere proprio i medici<sup>18</sup>. È evidente che sono necessari dei provvedimenti a breve scadenza, anche in considerazione delle abitudini rilevate da studi effettuati sugli adolescenti<sup>19</sup>.

Il Piano d'Azione Europeo 2012-2020 per ridurre il consumo dannoso di alcol fra gli obiettivi da raggiungere prevede di "rafforzare e diffondere la conoscenza di base sulle dimensioni e sui determinanti del danno alcol correlato e sugli interventi efficaci per la riduzione e prevenzione di tali danni".

Il Piano nazionale 2011-2013 prevede fra gli obiettivi da perseguire, di operare a livello culturale per modificare correttamente la percezione

del bere in quanto comportamento a rischio, e diffondere informazioni precise e univoche sul rischio connesso.

Inoltre, a più di dieci anni dalla ratifica della legge 125/2001, sembra opportuno riconsiderare la possibilità di introdurre modifiche all'ordinamento didattico del corso di laurea in Medicina e Chirurgia allo scopo di assicurare l'apprendimento dell'alcolologia, lo studio delle nuove "Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve"<sup>6</sup> e la loro successiva applicazione per arginare questa problematica sanitaria e sociale emergente.

Infine, riteniamo che diffondere l'applicazione dello studio pilota, da noi effettuato solo fra gli studenti del V anno, su tutto il territorio nazionale e coinvolgere insieme ai CCddLL di Medicina anche quelli delle Professioni Sanitarie contribuirebbe in maniera importante a fare acquisire una consapevolezza dei problemi alcol correlati e a sensibilizzare i futuri operatori di sanità Pubblica sull'importanza di recepire e quindi indurre comportamenti non a rischio nei riguardi dell'alcol.

### Riferimenti bibliografici

- 1) Global status report on alcohol and health (2011), World Health Organization
- 2) Ferrante M, Altobello A, Castagno R, Fattorini P, Fiore M, Modonutti GB. (2007). Un'Italia spiritosa: modalità di approccio, uso delle bevande alcoliche e percezione dei rischi alcol correlati da parte degli studenti delle scuole medie di primo grado di Catania. Panorama della Sanità supplemento al n. 38/2007, pp. 260 ISSN 1827-8140 ROMA: ESSE editrice s.r.l. (Italy).
- 3) Modonutti GB, Altobello A, Fiore M, Garascia C, Leon I, Sciacca G E, Fallico R, Ferrante M. (2009). Abitudini alcoliche e intossicazione acuta da alcol fra gli studenti della scuola media catanese. Ig. Sanità Pubbl.; 65:323-334.
- 4) Modonutti GB, Fiore M, Costantidines F, Cunsolo M, Fallico R, Sciacca S, Ferrante M. (2010). Alcol e fumo di tabacco: approccio, uso e percezione del rischio degli studenti della Scuola Secondaria di 2° grado di Catania. Igiene e sanità pubblica. p.601. Editore Iniziative Sanitarie. Roma. ISSN: 0019-1639
- 5) Ministero della Salute Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008 (2009)
- 6) Anderson, P., Gual, A, Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia:Barcelona. <http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/fascicolo3.pdf>
- 7) McAvoy, B.R., Donovan, R.J., Jalleh, G., Saunders, J.B., Wutzke, S.E., Lee, N., Kaner, E.F., Heather, N., McCormick, R., Barford, S., and Gache, P. (on behalf of the WHO brief intervention study group) (2001) General practitioners, prevention and alcohol - A powerful cocktail? Facilitators and inhibitors of practising preventive medicine in general and early intervention for alcohol in particular: a twelve nation key informant and general practitioner study. Drugs: Education, Prevention and Policy, 8: 103-117

- 8) Lopez-de-Munain, J., Torcal, J., Lopez, V. and Garay, J. (2001) Prevention in routine general practice: activity patterns and potential promoting factors. *Preventive medicine*, 32: 13-22.
- 9) Rumpf, H.J., Bohlmann, J., Hill, A., Hapke, U. and John, U. (2001) Physicians' low detection rates of alcohol dependence or abuse: A matter of methodological shortcomings? *General Hospital Psychiatry*, 23: 133-7
- 10) Aalto, M., Pekuri, P., and Seppa, K. (2001) Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction*, 96: 305-311.
- 11) Action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020 (2012) World Health Organization.
- 12) Legge n. 125 del 30 Marzo 2001 Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18 aprile 2001
- 13) Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm (2009) World Health Organization
- 14) Bertholet, N., Daepfen, J-B., Wietlisbach, V., Fleming, M. & Burnand, B. (2005) Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 165: 986-995
- 15) Thomas F. Babor John C. Higgins-Biddle John B. Saunders Maristela G. Monteiro. (2001) AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. World Health Organization
- 16) Fiore M, GB. Modonutti, Costantinides F, Leon L, Manfroli L, Oliveri Conti G, Fallico R, Ferrante M. Modelli di comportamento e background culturale espressi nei confronti delle bevande alcoliche da un gruppo di studenti del 5° anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università di Catania e Trieste. XXII Congresso Interregionale Calabro-Siculo. 9-11 Settembre 2011. Germaneto – Catanzaro.
- 17) Modonutti GB, Leon L, Fiore M, Oliveri Conti G, Ledda C, Ferrante M. (2010) Alcohol and tobacco: approach, use and risk perception in the adolescents of the south Europe. *Journal of Public Health*. Vol 20 Suppl. 1:251.
- 18) Rapporti ISTISAN 11/4 Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Rossi A, Ghirini S. (2011). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol- CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol).
- 19) Modonutti GB, Fiore M, Costantinides F, Leon L, Oliveri Conti G, Fallico R, Ferrante M. (2011) Association between parental alcohol-related behaviors and children's drinking. *Environ Health Perspect*. <http://dx.doi.org/10.1289/ehp.isee2011>.



# Il Master di secondo livello in Medicina d'Emergenza-Urgenza

## Esperienza dopo tre anni di attivazione

Giuliano Bertazzoni (*La Sapienza Università di Roma*), Riccardo Pini (*Firenze*)

### Abstract

*Master programs are post-graduate study courses, characterized by a scientific completion and high education profile, usually designed for recent graduates, but also frequented by professionals who feel the need to deepen the skills and/or to retrain them.*

*Master programs supply both technical-operational and planning professional knowledge and ability.*

*Among the Medicine Faculty Master Programs, has been recently established the Emergency Medicine Master Program, answering the need for a specific competence, otherwise difficult to obtain by a single study program.*

*Currently only two Italian universities (Sapienza - University of Rome and Florence) have implemented the Emergency Medicine Master Program.*

*Unique peculiarity is that the program is designed and shared along with the Italian Society of Emergency-Urgency Medicine (SIMEU).*

*Principal objective about this course is to provide a certifiable quality guaranteed by the university institution and scientific society jointly designed program.*

*The program uses the clinical and theoretical simulation as the key teaching tool in the training process.*

*After 3 years beyond the activation, the next objective is to extend this education model to all Italian universities, to promote a knowledge resulting by an integration between training and world work, in order to obtain a formation process able to answer to the most recent employment needs.*

I Master universitari sono corsi di studio post-laurea a carattere di perfezionamento scientifico e di alta formazione, concepiti per neolaureati, ma frequentati anche da professionisti che sentano la necessità di approfondire le loro competenze e/o di qualificarsi anche se hanno maturato anzianità di servizio.

I Master forniscono conoscenze e abilità di carattere professionale di livello tecnico – operativo o di livello progettuale e rilasciano un titolo di studio accademico.

Generalmente chiedono di partecipare ai Master due tipi di laureati: 1) chi avverte la necessità di approfondire le proprie conoscenze e di accrescere le proprie abilità e 2) chi avverte l'esigenza di uno sviluppo economico/ professionale e trova nell'alta formazione una risorsa per raggiungere l'obiettivo. Nel primo caso il Master è stato intrapreso per "gradimento" da parte del laureato; nel secondo caso per la possibilità di un "impatto occupazionale". In base a questi due caratteri i Master possono essere distinti in: (a) Master ad alto gradimento e a buon impatto occupazionale; (b) Master a basso gradimento e buon impatto

occupazionale; (c) Master ad alto gradimento e basso impatto occupazionale; (d) Master a basso gradimento e scarso impatto occupazionale.

Tra i Master universitari ad alto gradimento e minore impatto occupazionale (c) sono generalmente compresi i Master delle Scuole di Medicina (Medicina e Professioni Sanitarie). Hanno un alto gradimento perché coniugano bene il sapere, approfondendo le basi acquisite con i Corsi di Laurea, con il saper fare (cosa, quando, come), osservando, partecipando e sperimentando in prima persona le abilità non acquisite durante il Corso di Laurea e permettendo lo sviluppo di una competenza, attraverso l'acquisizione di conoscenze, capacità e comportamenti.

### Il Master in Medicina d'Emergenza-Urgenza

Tra i Master delle Facoltà di Medicina, è stato recentemente istituito il Master di Medicina di Emergenza-Urgenza. Si è avvertita l'esigenza di un master in questo settore perché i Medici che operano nel sistema dell'urgenza, sia territoriale (118) che ospedaliera (Pronto Soccorso, Medicina d'Urgenza) richiedono una preparazione specifica che solo in parte può essere mutuata da un percorso autodeterminato, o da una specializzazione in disciplina affine (preparazione che, comunque, non è omogenea). D'altra parte la formazione universitaria deve venire incontro alle esigenze del mondo del lavoro e, in questo, la formazione in Medicina Urgenza deve rispettare un percorso strutturato che garantisca una formazione globale, fatta di conoscenze (il sapere) e di abilità (il saper fare), basi sulle quali si potrà maturare sul campo l'esperienza formativa professionale (il saper essere). Tutto ciò rappresenta qualcosa di più di una somma di brevi corsi, anche universitari (corsi di alta formazione) che stimolano alcune abilità procedurali in limitati saperi dell'urgenza.

In Italia due Università (Firenze e Roma-La Sapienza) hanno istituito il Master di Emergenza-Urgenza.

I Docenti del Master sono espressi dai Professori Universitari e da qualificati Docenti provenienti dall'Area di Emergenza ed espressione della Società che rappresenta l'emergenza (SIMEU).

La peculiarità di questo Master (*ve ne è qualche altro in Italia, denominato in modo simile*) è che il programma è unico, condiviso con la Società

Italiana di Medicina d'Emergenza d'Emergenza-Urgenza (SIMEU); propone un'attività didattica caratterizzata da lezioni sulle principali patologie del settore (tra cui *Embolia Polmonare, Edema Polmonare e scompenso cardiaco, Asma, Sincope, Insufficienza respiratoria, Shock, Gestione del dolore in Pronto Soccorso, Sindromi Coronariche Acute, Vertigini, Dolore addominale acuto, Disordine acido-base, Emergenze ipertensive, Emergenze endocrine, Disturbi comportamentali, Squilibri idro-elettrolitici, Gestione del paziente geriatrico, Bradiaritmie, Wound care, Ustioni, Infezioni polmonari, Tachiaritmie, Dissecazione e aneurisma aortico, Stato mentale alterato e coma, Emergenze oculari, Chetoacidosi diabetica, Ictus, Febbre e Sepsis, Convulsioni e stato epilettico, Emergenze ortopediche, Approccio al politrauma, Meningiti e encefaliti, Trauma cranico minore, Sanguinamento gastrointestinale, Emergenze nefrologiche, Emergenze otorinolaringoiatriche, Emergenze tossicologiche, Arresto cardiaco e periarresto*) e da workshop e simulazioni sulle procedure ed abilità necessarie per chi lavora nell'emergenza-urgenza (tra cui *Gestione delle vie aeree nell'emergenza, Tecniche di ventilazione, Accessi centrali venosi ed arteriosi, Presidi di immobilizzazione, Gestione fratture esposte, Concetti avanzati nella rianimazione nel trauma, Concetti avanzati nella rianimazione del paziente pediatrico, nella rianimazione cardiaca, Laboratorio di ultrasuoni, Laboratorio di ECG, Suture ed emostasi, drenaggi, Tamponamento di epitassi, Rimozioni corpi estranei, Riduzione fratture nasali*).

L'obiettivo di questo Master è che il percorso formativo possa garantire una qualità certificabile sia perché concepito dall'Istituzione Universitaria con la Società Scientifica del settore di riferimento, sia perché la formazione risulta omogenea qualunque sia la sede universitaria del Master perché vengono trattati gli stessi temi con le stesse metodiche di insegnamento. In particolare, il Master utilizza la *simulazione* come elemento fondamentale per la formazione.

Il *simulatore per la formazione in medicina* rappresenta una tecnica avanzata di formazione rivolta alla creazione di specifici scenari clinici per imparare a esercitarsi nell'applicazione di protocolli e procedure e per valutare la capacità degli operatori anche in condizioni di difficoltà. Inoltre è una condizione ottimale per addestrare gli operatori sanitari alla gestione di condizioni cliniche critiche in totale sicurezza per i pazienti. La Medicina è stato uno degli ultimi settori delle Scienze ad avvalersi della simulazione; rappresenta la tec-

nica più idonea per l'insegnamento ad adulti già in possesso di una di conoscenze sull'argomento. Si è introdotta la simulazione perché l'interattività permette di migliorare l'apprendimento facilitando la fissazione dei concetti esposti; perché la metodologia della simulazione è finalizzata all'apprendimento e al mantenimento del sapere esperto di tutte le professioni medico-sanitarie e fornisce una formazione completa coniugando il sapere e le abilità con i comportamenti e la comunicazione. Si avvicina così l'esperienza simulata (formativa) a quella lavorativa, riproducendo scenari il più possibile vicini alla vita professionale. Un esempio pratico dell'efficacia della simulazione è l'applicazione delle Linee Guida al caso clinico riprodotto: è valutata la gestione del paziente in conformità alla applicazione delle linee guida, è valutata la performance individuale e del team, attraverso il debriefing, momento successivo che segue sempre l'operatività dello scenario.

La simulazione può essere applicata in modalità "micro - simulazione" ovvero casi clinici al computer, in modalità "macro" con mezzi manichini (per valutare la performance in particolari procedure (es: BLS) o con manichini interi e tecnologicamente sofisticati (simulatori ad alta tecnologia) che riproducono una realtà molto simile a quella effettivamente riscontrata nella pratica lavorativa quotidiana, riproducendo anche difficoltà, imprevisti elementi confondenti che possono accadere nella pratica clinica quotidiana (scenari ad alta fedeltà). Nella simulazione in emergenza - urgenza la metodologia applicata ai casi clinici è quella che caratterizza la disciplina: "general assessment", "primary assessment", "secondary assessment", "tertiary assessment".

I partecipanti al Master sostengono esami per conseguire il titolo. Sono previste verifiche delle conoscenze e delle competenze all'ingresso e in uscita mediante questionari a risposta multipla, discussione di casi clinici e prova pratica.

#### **Caratteristiche dei partecipanti al Master**

Dopo 3 anni di attivazione del Master, corredate da 166 domande da tutta Italia, si possono delineare le caratteristiche dei partecipanti. Per entrambe le sedi, il 76% delle domande proviene da Colleghi in servizio presso il PS/DEA o presso il servizio territoriale del 118. Per la restante parte l'11% proviene dal servizio di guardia medica e il 12% da strutture non di emergenza (ambulatori, reparti ospedalieri, etc).

Nella figura 1 sono riportate le percentuali di provenienza dalle diverse regioni italiane.

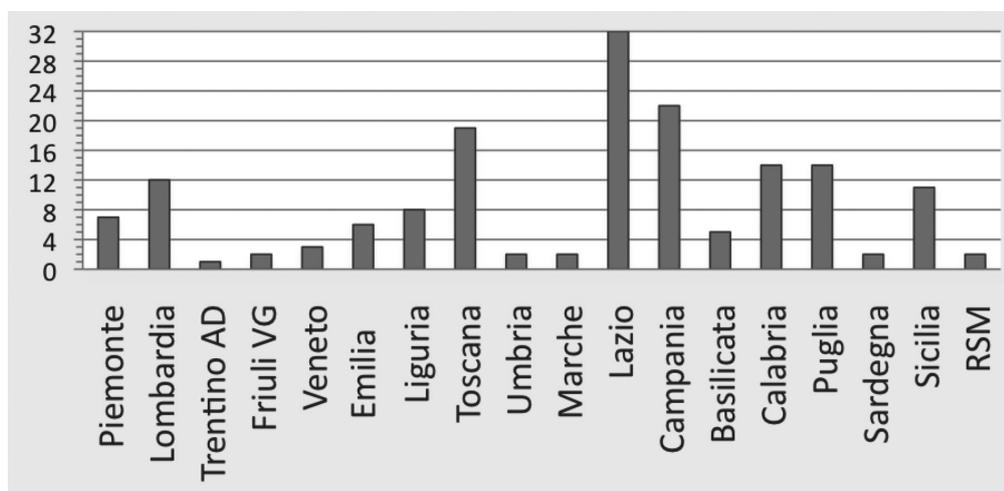


Fig. 1 - Numerosità dei partecipanti relativa alle diverse Regioni di provenienza.

Com'è evidente, la maggior parte dei partecipanti al Master proviene dall'Italia centrale. Tuttavia, c'è anche un 15% che proviene dall'Italia del Nord, un 16% dall'Italia del Sud e circa l'8% dalle Isole. Questo sembra confermare la peculiarità di questo Master dedicato a un settore dove ancora manca, per il momento, la figura del medico formato nel post-laurea per la medicina di emergenza-urgenza.

Per quanto riguarda l'età dei partecipanti nella figura 2 è riportata la distribuzione nelle varie classi di età. Come è osservabile la classe di età più rappresentata è sicuramente quella dei medici tra i 31 e 35 anni anche se le altre classi di età sono comunque sufficientemente rappresentate. Il sesso dei partecipanti è equamente distribuito essendo le donne il 58%.

#### Valutazione da parte dei Discenti

L'analisi dei questionari di gradimento proposti

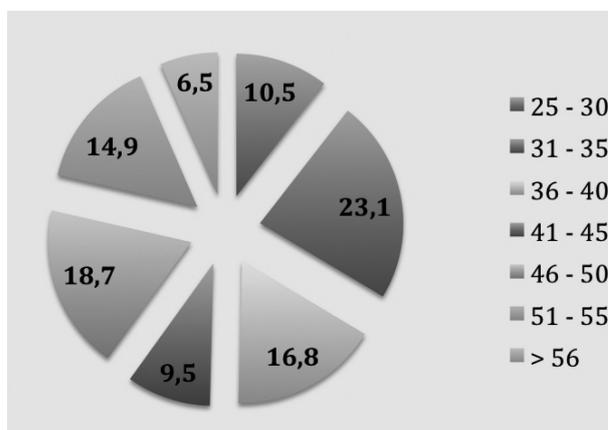


Fig. 2 - Distribuzione (%) nelle diverse classi di età dei partecipanti.

a fine corso ci consente le seguenti deduzioni: 1) il Master è stato apprezzato nelle proposte didattiche che ha fornito, nella personalizzazione di alcuni indirizzi, coerenti con le esigenze professionali dello studente (laboratorio degli ultrasuoni e di elettrocardiografia, gestione vie aeree e ventilazione non invasiva, corsi sul trauma, sul bambino critico, stage in particolari unità d'emergenza); 2) le richieste principali riguardano un più ampio spazio alle simulazioni e approfondimenti sempre maggiori sulle terapie.

#### Conclusioni

Il prossimo obiettivo, considerato che Università e Società Scientifica hanno progettato e realizzato il Master è l'estensione della formazione, omogenea in tutte le sedi universitarie, perché il sapere sia integrazione tra formazione e mondo del lavoro, sviluppando un processo formativo secondo le esigenze occupazionali. Il Master così potrebbe costituire un vero valore aggiunto, certificando l'ingresso nel mondo del lavoro o il cambiamento dell'ambito lavorativo, o, ancora, la progressione di carriera.

#### Bibliografia consultata

- 1) Creazione di un sistema di valutazione dei Master universitari della Sapienza. Documento del DieS, [www.diesonline.it](http://www.diesonline.it)
- 2) G Bertazzoni e M Bianchini - Su alcuni aspetti riguardanti la richiesta infermieristica di accesso ai Master. *Med Chir* 40-41; 1681-4, 2007

# Il Gruppo di Lavoro Innovazione Pedagogica

## Stato dell'arte a tutto il 2013

Pietro Gallo<sup>1</sup>, Fabrizio Consorti<sup>1</sup>, Carlo Della Rocca<sup>1</sup>, Giuseppe Familiari<sup>1</sup>, Rosa Valanzano<sup>2</sup>, Italo Vantini<sup>3</sup> e Marco Nicolazzi<sup>4</sup> (<sup>1</sup>La Sapienza, Università di Roma, <sup>2</sup>Firenze, <sup>3</sup>Verona, <sup>4</sup>SISM, Novara)

Il Gruppo di Lavoro Innovazione Pedagogica fu creato e inserito nel Manifesto di Intenti della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina nel triennio 2005/08. Il Gruppo iniziò i suoi lavori nel Febbraio 2006 e da allora ha lavorato ininterrottamente al servizio della Conferenza.

Il Gruppo di lavoro è attualmente costituito da Pietro Gallo (Coordinatore), Carlo Della Rocca, Giuseppe Familiari e Rosa Valanzano (Presidenti di CLM in Medicina), da Italo Vantini (Past-President di CLM in Medicina), Fabrizio Consorti (Presidente SIPeM), e da Marco Nicolazzi (Rappresentante del SISM).

Nel 2013, il Gruppo di lavoro ha perseguito due obiettivi principali.

Il primo è rappresentato dall'organizzazione di eventi formativi - che si svolgono durante le riunioni della Conferenza - su temi di attualità didattico-pedagogica. Il format è quello di una successione di pillole-pedagogiche (mini-conferenze), atelier e forum (brevi laboratori pedagogici, della durata di tre ore, animati - rispettivamente - da esperti di Pedagogia

Medica o da presidenti di CCL che riferiscono su iniziative esemplari delle proprie Sedi). In genere, questi eventi sono raggruppati in trilogie (una pillola, un atelier e un forum) dedicate ad aspetti diversi dello stesso tema generale. Nel 2013 è stata completata la trilogia su L'integrazione nel territorio del sistema delle cure ed avviata quella Verso una laurea professionalizzante (vedi Tabella).

Il secondo obiettivo è stato quello di organizzare atelier pedagogici su temi-base di pedagogia medica, a beneficio dei Presidenti di CL di nomina recente. Nel 2013 è stato organizzato un evento dal titolo Il ruolo del Presidente di CL in Medicina, che ha riscosso un grande successo di partecipazione. Il Gruppo si è reso disponibile ad organizzare un nuovo atelier su un altro tema-base di grande attualità, come lo staff development (vedi Tabella).

Le attività del Gruppo si svolgono in continua collaborazione con la Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM) e con il Segretariato Italiano Studenti in Medicina (SISM) e in stretta intesa con la Presidenza della Conferenza Permanente dei Presidenti di CLM in Medicina.

Trilogia	Tipo di Attività	Tema	A cura di...	Sede	Data
L'integrazione nosocomio-territorio nell'insegnamento della Medicina	Pillola	Strategie per pianificare un curriculum degli studi: le SPICES di Harden	P. Gallo	Roma	25 Giugno 2012
	Miniatelier	L'integrazione del Territorio nel sistema delle cure: ricadute sul processo formativo	P. Gallo	Firenze	5 Ottobre 2012
	Pillola	L'interprofessionalità come risposta unitaria e globale ai problemi di salute: obiettivi, metodologie e contesti formativi	M.G. De Marinis	Roma	10/12/12
	Forum	L'integrazione del Territorio nel sistema delle cure: proposta per una integrazione del percorso formativo	P. Gallo	Palermo	22 Marzo 2013
Atelier su temi "di base" per Presidenti di CL	Atelier	Il ruolo del Presidente di CL in Medicina	P. Gallo	Roma	23 Giugno 2013
Verso una laurea professionalizzante	Pillola	Il Professionalism: teoria e attualità	F. Consorti	Roma	9 Dicembre 2013
	Atelier	Verso una laurea professionalizzante: acquisizione delle competenze professionali	P. Gallo	Milano	21 Febbraio 2014
	Atelier	Verso una laurea professionalizzante: certificazione delle competenze professionali	DS	DS	DS
Atelier su temi "di base" per Presidenti di CL	Atelier	Lo staff development nei CL in Medicina	DS	DS	DS

DS = Da Stabilire

Tab. 1 - Elenco degli eventi pedagogici organizzati dal Gruppo Innovazione Pedagogica svolti, o in fase di programmazione, nel 2013.

## Linee di indirizzo per la prova finale dei Corsi di Laurea afferenti alle Classi delle Professioni sanitarie avente valore di esame di stato all'esercizio professionale

Documento approvato dall'Assemblea della Conferenza all'unanimità il 12 settembre 2013

### Abstract

*With the aim to homogenize the final exam and improve its quality, a guideline including specific recommendations has been approved.*

*In the article, the recommendations are reported in a detailed fashion.*

Alla luce della nuova circolare Interministeriale del Gennaio 2012 avente per oggetto 'Prova Finale dei Corsi afferenti alle classi di laurea delle professioni sanitarie' la Giunta della Conferenza aveva approvato nel settembre 2012 una prima bozza di documento di indirizzo nazionale sulla progettazione e conduzione dell'esame finale per i Corsi di laurea delle Lauree sanitarie. Il documento era stato quindi inviato a tutti i Presidenti e Vicepresidenti delle Commissioni che hanno raccolto il consenso dei Corsi di Laurea afferenti. Nella riunione di Giunta del 20 marzo 2013, il consenso espresso da ciascuna Commissione è stato analizzato e incluso nel presente documento. Le presenti Linee di indirizzo sono state quindi discusse ed approvate dall'Assemblea della Conferenza il 12 Settembre 2013.

### 1. Finalità della prova finale

La prova finale ha l'obiettivo di valutare il raggiungimento delle competenze attese da un laureando così come espresse dai Descrittori di Dublino e dai RAD di ciascun Corso di Studio (CdS). In accordo al Processo di Bologna e ai successivi documenti di armonizzazione dei percorsi formativi Europei, sono oggetto di valutazione nella prova finale i seguenti ambiti:

- Conoscenza e capacità di comprensione applicate – *Applying knowledge and understanding*,
- Autonomia di giudizio – *Making judgements*,
- Abilità comunicative – *Communication skills*,
- Capacità di apprendere – *Learning skills*, che corrispondono rispettivamente al 2°, 3°, 4° e 5° Descrittore di Dublino.

Pertanto, l'abilitazione finale è conferita a studenti che siano capaci di:

- applicare le loro conoscenze dimostrando un approccio professionale e competenze adeguate per risolvere problemi nel proprio campo di studio;
- assumere decisioni per risolvere efficacemente problemi/situazioni complessi/e nel proprio

campo di studio;

- raccogliere e interpretare i dati per formulare giudizi professionali autonomi, anche su problematiche sociali, scientifiche o etiche;
- attivare una comunicazione efficace su temi clinici, sociali, scientifici o etici attinenti al proprio profilo;
- apprendere autonomamente.

In accordo alla normativa vigente, la prova finale si compone di:

1. una prova pratica (a valenza applicativa) nella quale il candidato deve dimostrare di aver acquisito competenze proprie dello specifico profilo professionale;
  2. la redazione di un elaborato scritto e sua dissertazione
- che di norma si svolgono in due giornate distinte.

### 2. Commissione della prova finale

La Commissione per la prova finale è composta da non meno di 7 e non più di 11 membri, nominati dal Magnifico Rettore (MR) su proposta del Consiglio di Corso di Laurea e dal Dipartimento di afferenza, e comprende almeno 2 membri designati dal Collegio Professionale, ove esistente, ovvero dalle Associazioni Professionali maggiormente rappresentative individuate secondo la normativa vigente.

Nel caso di Corsi di Laurea con sedi in Province diverse, la richiesta di Rappresentanti di Collegio/Associazioni è di norma inviata dall'Università al Presidente del Coordinamento Regionale o Interregionale, ove esistente.

Pertanto, la Commissione può essere composta da

- 5 docenti + 2 rappresentanti delle professioni (minimo 7) + 2 rappresentanti ministeriali che non rientrano nel range stabilito in quanto vigilanti esterni (totale 9);
- 9 + 2 rappresentanti delle professioni + 2 rappresentanti ministeriali che non rientrano nel range stabilito in quanto vigilanti esterni (totale 13).

Sono di norma individuati almeno due supplenti.

Fanno parte di norma della Commissione, i Direttori delle attività formative professionalizzanti e i Docenti Universitari dello specifico SSD del Corso di Laurea.

La Commissione (o più Commissioni, laddove

necessario) deve essere dedicata, stabile e garantire continuità per l'intera prova finale. Eventuali sostituzioni sono attivate solo se necessario e devono essere deliberate dal MR.

I Relatori di tesi non sono componenti della Commissione quando non nominati dal MR quali componenti della Commissione all'interno del numero previsto di cui sopra.

Le Rappresentanze Professionali (Collegi e Associazioni) che fanno parte della Commissione devono essere dello stesso profilo professionale, in servizio attivo e non devono ricoprire il ruolo di Docenti o Tutor Didattici universitari nello stesso CdS al fine di assicurare una funzione di controllo esterna e indipendente della qualità e pertinenza della preparazione professionale degli studenti.

### **3. Prova (pratica) a valenza applicativa**

E' finalizzata a valutare il raggiungimento delle competenze previste dagli specifici profili professionali.

I Rappresentanti designati dai Collegi/Associazioni sono coinvolti nella scelta delle competenze core da valutare con la prova a valenza applicativa.

In tale prova sono valutate le competenze di cui ai Descrittori di Dublino n. 2, 3 e 4 riportati di seguito:

2. Conoscenza e capacità di comprensione applicate – *Applying knowledge and understanding*,
3. Autonomia di giudizio – *Making judgements*,
4. Abilità comunicative – *Communication skills*.

e, in particolare, la capacità di individuare problemi, assumere decisioni, individuare priorità su singoli pazienti, gruppi di pazienti o processi lavorativi; progettare e decidere interventi sulla base delle evidenze disponibili e delle condizioni organizzative date; agire in sicurezza, considerare nel proprio agire le dimensioni etiche, deontologiche e legali; dimostrare orientamento alla pratica interprofessionale, ed alla valutazione degli rischi e degli effetti sui pazienti.

#### **3.1 Modalità**

La prova abilitante può comprendere una o più modalità tra quelle indicate di seguito

1. prova scritta strutturata, semi-strutturata o con domande aperte su casi/situazioni paradigmatiche della pratica professionale: della durata di variabile in base alla numerosità delle domande.
  - a. Per le prove strutturate o semi-strutturate: almeno 60 domande a cui sono dedicati almeno 60

minuti.

- b. Per le prove con domande aperte su casi: almeno 5 casi, a cui sono dedicati almeno 60 minuti.
2. colloquio con discussione di casi o di un elaborato/progetto: della durata di almeno 15 minuti/studente.
3. osservazione strutturata delle competenze professionali in contesti clinici reali, simulati di laboratorio o con supporto di immagini/video (es. tecniche, relazionali, diagnostiche, progettuali): della durata di almeno 15 minuti/studente.
4. esame strutturato delle competenze cliniche (OSCE): con almeno 5 stazioni.

Di norma il livello minimo di performance atteso nella prova a valenza applicativa per essere considerata superata è del 60%.

Non saranno pertanto considerate pertinenti prove scritte con quiz valutativi solo delle conoscenze teoriche poiché già oggetto di valutazione nel percorso di studio: la valenza abilitante della prova deve permettere di accertare la capacità di applicare/declinare le conoscenze acquisite.

In accordo alla metodologia adottata, la prova abilitante deve:

- basarsi sulla selezione delle aree di competenza 'core' da indagare: tali competenze sono di norma individuate con le Rappresentanze professionali e dei servizi;
- essere standardizzata, esponendo ciascuno studente dello stesso anno accademico -ma anche ad anni accademici diversi:
  - a. allo stesso livello di complessità;
  - b. ad una prova in cui la misurazione dell'esito sia predefinita e condivisa dalla Commissione per ridurre la variabilità di giudizio dei valutatori;
- essere anonima, quando possibile.

Presso ciascun CdS deve essere disponibile e attivato un sistema di controllo della valutazione della qualità e affidabilità delle prove a valenza applicativa.

La modalità delle prove a valenza applicativa sono di norma indicate nel Regolamento Didattico del CdS e nella Scheda SUA per assicurare un'ampia e diffusa comunicazione agli studenti, alle Rappresentanze professionali e ai cittadini.

### **4. Elaborato di tesi**

La tesi permette di accertare il raggiungimento delle competenze indicate nel 5° Descrittore di Dublino, ovvero la capacità dello studente di condurre un percorso di apprendimento autonomo e metodologicamente rigoroso.

Scopo della tesi è impegnare lo studente in un lavoro di progettazione e ricerca, che contribuisca

al completamento della sua formazione professionale e scientifica. Il contenuto della tesi deve essere attinente a tematiche strettamente correlate al profilo professionale.

Di norma lo studente avrà la supervisione di un docente del CdS, detto Relatore, e di eventuali Correlatori, anche esterni al CdS.

### **5. Sistema di valutazione**

Il punteggio finale di laurea è espresso in cento decimi (110) con eventuale lode ed è formato dalla media ponderata rapportata a 110 dei voti conseguiti nei 20 esami di profitto, e dalla somma delle valutazioni ottenute nella prova finale (a valenza applicativa + tesi) che concorrono alla determinazione del voto finale.

La prova a valenza applicativa costituisce uno sbarramento: in caso di valutazione insufficiente, il candidato non può proseguire con la discussione della tesi. Pertanto, la prova va ripetuta interamente nella seduta successiva.

Le due diverse parti dell'unica prova finale concorrono entrambe alla determinazione del voto finale. La prova finale è valorizzata con un punteggio massimo di 10 punti: ciascun CdS studio indicherà i punteggi attribuiti alla prova a valenza applicativa ed alla tesi.

La Commissione – quando non già conteggiati nella carriera dello studente - può attribuire ulteriori punti fino a un massimo di 2 complessivi ai candidati che presentano delle lodi nelle prove di profitto degli Insegnamenti, e/o che hanno partecipato con esito positivo ai Programmi Erasmus/Socrates.

In linea generale, si suggerisce di considerare la media di 101/110 di carriera dello studente quale base per attribuire la lode.

### **6. Aspetti organizzativi e norme transitorie**

Per i CdS articolati in più sedi, laddove non sia possibile realizzare la prova in un'unica sede, la prova a valenza applicativa deve prevedere le stesse modalità e gli stessi criteri di valutazione delle performance.

Tale prova, quando realizzata in forma scritta e nella stessa giornata, deve essere uguale in tutte le sedi.

E' necessario assicurare una distanza temporale tra la prova a valenza applicativa e la discussione della tesi al fine di assicurare la comunicazione degli esiti ottenuti nella prima.

Per evitare di contrarre eccessivamente le attivi-

tà formative del terzo anno, in particolare quelle dedicate al tirocinio, la prova finale nella sessione autunnale può iniziare entro il periodo previsto di ottobre/novembre e concludersi anche a dicembre; la sessione primaverile, può iniziare nei mesi di marzo-aprile e concludersi nel mese successivo.

Per assicurare adeguata informazione agli studenti e congruenza con il contratto formativo che hanno stipulato con la struttura didattica, le modalità qui riportate sono applicate alla coorte degli studenti che sta conseguendo il titolo di studio con il nuovo ordinamento didattico in applicazione al DM 270/ 2004.

### **7. Raccomandazioni**

Per promuovere l'eccellenza nelle prove finali, e stimolare processi di miglioramento continui della qualità della formazione professionalizzante, l'Assemblea della Conferenza Nazionale dei Corsi di Laurea e dei Corsi di Laurea Magistrali delle lauree sanitarie raccomanda di

- a) sviluppare strategie e sistemi che assicurino una valutazione progressivamente indipendente e standardizzata delle competenze raggiunte dai laureandi, anche tramite l'attivazione di sperimentazioni di prove nazionali a valenza applicativa;
- b) sviluppare una attenzione ai laureandi portatori di disabilità, al fine di assicurare (come peraltro all'atto dell'ammissione) un esame a valenza applicativa appropriato;
- c) attivare, attraverso i rappresentanti del Ministero della Sanità, un monitoraggio nazionale sulla modalità e criteri di conduzione degli esami finali, con particolare riferimento alla effettiva realizzazione dei tirocini professionalizzanti (nei CFU prescritti dalla norma) ed alla effettiva progettazione/conduzione di questi da parte di un Direttore delle attività formative professionalizzanti formalmente incaricato e appartenente allo specifico profilo professionale di riferimento del CdL;
- d) sviluppare sinergie con le rappresentanze professionali (Ordini/Collegi/Associazioni) e dei servizi al fine di individuare le competenze attese dal sistema sanitario nazionale da parte di un neolaureato, tenendo conto anche delle competenze avanzate acquisibili in cicli formativi successivi.



# **La Terza Missione per l'Università Italiana**

## **Una nuova occasione per crescere?**

Giuseppe Novelli e Maurizio Talamo  
*Università di Roma Tor Vergata*

[novelli@med.uniroma2.it](mailto:novelli@med.uniroma2.it)

#### Abstract

*"Technology transfer has become a focus of innovation policy in many places, and there are some high expectations," says economic sociologist*

*Martin Kenney of the University of California, Davis. The challenge, he says, is "to get the incentives aligned right, so that everyone benefits: the inventor, the university, society. Many advise schools to focus instead on "knowledge transfer" - helping society benefit from the discoveries and skills of faculty members and students without focusing just on finances. "You are seeing a lot of reassessing, a lot of experiments," says Phyl Speser, CEO of Foresight Science & Technology, a consulting firm in Providence, and a vice president of the U.S. Association of University Technology Managers (AUTM). And there are plenty of ways you can get them wrong."*

*This paper is a contribution trying to define a strategic roadmap, focussed on Italian universities, for the so called "third mission". A framework where all the actors of the university are involved and called to create a bridge between university and society, where research results, educational skills will be transferred to an added value set of activities for driving the university to the new challenges of the future society needs.*

In una fase - come quella attuale - di forte difficoltà economica e di importante contrazione delle risorse, la sfida della conoscenza è la prima delle più importanti prove con le quali dobbiamo confrontarci: "cultura e ricerca rappresentano le energie morali che possono salvare il Paese dalla crisi", citando le illuminanti parole pronunciate di recente dal Presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano.

In questo quadro, l'Università italiana ha il dovere di "cambiare volto", anche attuando in modo positivo quanto disposto dalla recente riforma. L'Università italiana ha anche l'opportunità di non sprecare un'altra occasione, valorizzando i talenti, facendo crescere le idee, moltiplicando le "energie morali" del Paese.

Ciò ovviamente richiede un insieme di azioni impegnative e coraggiose. Questo implica, in primo luogo, affiancare alle tradizionali missioni degli Atenei (da un lato, "alta educazione e formazione" e, dall'altro, "ricerca") nuove linee di attività legate alla cosiddetta "terza Missione".

Con "terza Missione" si fa riferimento all'insieme delle attività con le quali le Università attivano processi di interazione diretta con la società civile e il tessuto imprenditoriale, con l'obiettivo di promuovere la crescita di un territorio, in modo che la conoscenza diventi strumenta-

le per l'ottenimento di output produttivi. Come affermato in un recente articolo pubblicato da Science\*, "Terza missione" rappresenta lo strumento principale di reperimento di risorse da parte degli Atenei nazionali ed internazionali. I beni ed i servizi del sistema produttivo che si fonda sulla ricerca scientifica (beni e servizi hi-tech) rappresentano il 30% del PIL mondiale. La formazione (dalla scuola materna all'università) rappresenta almeno il 6-7% del PIL mondiale. A questo si aggiunge un altro 8-10% rappresentato dalla Sanità e che è quasi per intero fondata sulla medicina scientifica e l'alta qualificazione. La cultura e la formazione nel suo complesso rappresentano quindi il 50% circa del PIL mondiale. È evidente pertanto che è necessario sviluppare politiche e azioni adeguate per intercettare parte di questo flusso con sistemi innovativi e creativi.

È per questo che una delle strade per rendere più forte l'Università italiana - forse, la strada principale - è l'apertura al mondo esterno, alle imprese, al settore pubblico, agli organismi di ricerca privati e pubblici, agli investitori. Nel perimetro di ogni Ateneo vivono, infatti, competenze, professionalità, idee, progetti, prodotti che - se indirizzati "verso il mondo" - possono avere un valore enorme e a oggi nascosto: un valore di "reputazione", un valore economico, un valore di miglioramento della vita di tutti. Chiudere queste competenze nei confini del Campus e non saper valorizzare e trasferire il lavoro di innovazione e di produzione di conoscenza è una grave mancanza e una perdita di opportunità rilevanti.

"Terza Missione" significa dunque mettere in relazione "scienza" e "società", incoraggiare il dialogo tra le parti, valorizzare il territorio di riferimento e consolidare il network degli attori che in tale territorio operano.

E ancora, "terza Missione" significa realizzare un collegamento tra il mondo della formazione universitaria con quella scolastica e con il mondo del lavoro, in modo da assicurare alle aziende ed alla società civile di reperire sul territorio le competenze di cui necessitano, garantendo ai giovani un corretto orientamento per il proprio inserimento (placement) nel mondo del lavoro.

In questo senso, l'Università deve anche diventare un partner vero del mondo economico e delle aziende, essere riconosciuta nelle sue potenzialità, deve poter esprimere le proprie

\* D. Malakoff, "The Many Ways of Making Academic Research Pay Off", *Science*, vol. 339, pp. 750-753, 15 Febbraio 2013.



Fig. 1 - La Terza Missione dell'Università, una missione socio-culturale.

competenze oltre il proprio "fossato", deve essere capace di diventare soggetto ricercato per collaborazioni scientifiche e professionali (e non organismo alla ricerca affannosa e spesso vana di quattrini). "Accademia" deve tornare ad essere una parola utile, positiva, interessante, conveniente. "Sinonimo" di creatività, di partecipazione, di luogo di incontro di idee e necessità dal punto di vista sociale ed economico.

Si tratta dunque di un ambito in cui occorre investire sensibilmente e con determinazione, affinché le nostre politiche di ricerca e di innovazione possano fare un decisivo passo in avanti.

La valorizzazione dei risultati di queste attività, all'interno di un contesto di trasferimento

delle migliori tecnologie e delle migliori pratiche, è una possibile chiave di successo per garantirne lo sviluppo nei prossimi anni.

Questa condizione si raggiunge con una organizzazione universitaria che faccia dialogare l'Industria e l'Università per sviluppare obiettivi di ricerca industriale e ricadute economiche condivise. Il modello è quello dello scambio continuo tra le due entità, con l'attenzione da parte di chi "guida l'auto" di cercare la strada giusta da intraprendere e da perseguire. Le conoscenze e le competenze presenti nelle Università non sono, infatti, facilmente fruibili per l'applicazione industriale perché sono state generate finalizzandole alla ricerca scientifica e non alla ricerca industriale. I ricercatori universitari devono assumere consapevolezza e inne-

stare la capacità di applicare il metodo scientifico alla ricerca industriale. Questa è la chiave del successo della terza missione!

L'ANVUR ha recentemente promosso un dibattito per discutere i possibili indicatori di terza missione in una prospettiva di sperimentazione. In questo modo si cerca di rendere valutabile l'attività di terza missione degli Atenei non solo in riferimento alla valorizzazione della ricerca (brevetti, spinoff, ricerca conto terzi, infrastrutture territoriali) ma anche all'impatto sulla società (rapporti scienza società, civic engagement, beni culturali, salute). Questo è certamente positivo nell'ottica di sostenere l'attività di terza missione degli Atenei e stimolarne lo sviluppo.

### **Terza missione culturale e sociale**

Di seguito proponiamo a titolo di esempio alcuni Servizi, Interventi educativi, attività erogabili dagli Atenei ed aventi impatto sociale e culturale valutabile anche attraverso indicatori quali:

- Numero di interventi;
- Numero di partecipanti;
- Valutazione dell'impatto sul territorio (per esempio: possibilità che l'Intervento si ripeta negli anni, cioè divenga un punto fermo dell'Ateneo nel contesto sociale sul quale esso insiste, piuttosto che un evento singolo organizzato dall'università "furbetta" per acquistare punteggio);
- Risultati di impatto sociale: miglioramento della qualità della vita per i cittadini e tipologia e quantità di servizi o prodotti a supporto delle istituzioni.

Ogni tipo di intervento può prevedere due diverse modalità.

- Erogazione diretta al cittadino;
- Erogazione indiretta: in tal caso l'intervento si rivolge ad insegnanti, educatori, ecc. che dovrebbero poi riportare nelle rispettive realtà quanto appreso. La presenza degli insegnanti di vario ordine e grado potrebbe essere incentivata se il Ministero assegnasse dei "punteggi" alle scuole (come forse in parte già avviene) in base alle partecipazioni.

Se la "terza missione" diviene un obiettivo degli Atenei, in quanto incentivato dal Ministero e valutato dall'ANVUR, ogni Intervento dovrà essere pubblicizzato dettagliatamente e con

congruo anticipo presso la popolazione: per es. con sito WEB dedicato, newsletter che raggiunga via mail gli interessati (immaginiamo, per esempio, degli iscritti gratuitamente ad un "Programma Terza Missione Tor Vergata") e, per interventi selezionati, anche a mezzo stampa.

Naturalmente è importante che tutti gli eventuali Servizi ed Eventi offerti al cittadino dall'Ateneo nel campo del culturale e del sociale non si collocano in contrapposizione o concorrenza con strutture od Enti - pubblici e privati - già presenti sul territorio locale sul quale insiste l'Ateneo come, centri ed agenzie di Servizi, teatri, consultori familiari, ONLUS, parchi, musei e biblioteche comunali. Al contrario le Università, ponendosi come polo attrattore nel territorio, senza soffocare la "pluralità di voci" di questi Enti o Strutture, dovrebbero entrare in sinergia con essi, (per es. mettendo a disposizione spazi e competenze accademiche, ma anche sfruttandone esperienze pregresse, capillarità di diffusione nel tessuto sociale ecc.).

Possiamo suddividere le attività di terza missione nelle seguenti macroaree:

- **QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE**
  - Servizi al cittadino
  - Supporto ai cittadini nella verifica della qualità dei servizi
  - Trasferimento di conoscenza sulla qualità dei servizi e prodotti
  - Servizi alle comunità di persone
  - Servizi socio-sanitari
  - ...
- **QUALITÀ DEI PRODOTTI E DEI SERVIZI DELLE PICCOLE E MEDIE IMPRESE**
  - Consulenza esperta
  - Certificazione e validazione di dati, processi e informazioni
  - ...
- **TRASFERIMENTO DI IDEE E RISULTATI INNOVATIVI**
  - Risultati economici sui soggetti terzi coinvolti (per es.: ricchezza creata dallo sviluppo e trasferimento di idee innovative) quali spin-off, start-up e imprese innovative.
- **CONDIVISIONE DI AMBIENTI DI SPERIMENTAZIONE E VALIDAZIONE DI IDEE DI PRODOTTO E BREVETTI CON SOGGETTI ESTERNI**
  - Qualità e quantità del trasferimento tecnologico, tipologia delle infrastrutture condivise, originalità e operatività degli ambienti di sperimentazione risultati delle attività di ricerca.

**- SPERIMENTAZIONE DI MODALITÀ INNOVATIVE DI INTERAZIONE TRA CITTADINI E COMUNITÀ PROFESSIONALI**

- strutture sanitarie
- formazione continua
- e-partecipation

**- DIFFUSIONE DI IDEE ED EVENTI ARTISTICO-CULTURALI**

- Integrazione di meccanismi di comunicazione multimodali per divulgare, interessare, sensibilizzare su argomenti a carattere etico-sociale
- Promozione della cultura scientifica e dei suoi risultati
- Promozione e diffusione della cultura umanistica e dei suoi risultati

Alcuni esempi di altre specifiche azioni di terza missione:

**1. SALUTE E PREVENZIONE DELLE PIÙ DIFFUSE PATOLOGIE (SOLO ALCUNI ESEMPI)**

- Screening della popolazione con metodi non o poco invasivi (esempio: postura scorretta e dismetrie della colonna, odontoiatria, oftalmologia);
- educazione dei cittadini di mezza età o dei loro parenti ad un corretto stile di vita in età geriatrica;
- Educazione Alimentare: Prevenzione del diabete e dell'obesità sin dall'età infantile,....;
- Sensibilizzazione attraverso attività mirate a sui danni causati dalle droghe, dall'alcool, dal tabacco, ...
- Counselling psicologico soprattutto per le fasce più deboli
- Servizi di consulenze volontarie
- Sensibilizzazione all'uso delle nuove tecnologie sulle potenzialità e i rischi: le nuove opportunità derivanti dalle comunità virtuali a livello culturale, sociale ed economico nonché le cautele da adottare e i pericoli connessi alla protezione dei minori, cyber crime, protezione dei dati personali, bullismo attraverso social network, ...

**2. DIFFUSIONE DELLE ARTI E DELLA CULTURA**

- Progetti teatrali incentivazione alla partecipazione a corsi di teatro. Penso per esempio a sinergie con teatri medio/piccoli nel territorio
- Cinema d'essai, per la riscoperta di autori ma anche per il lancio di giovani (autori, registi, montatori, scenografi ecc.) delle scuole di cinema/nematografia.
- Concerti (con "ospiti di richiamo, ma anche

con musicisti da lanciare) e festival di sperimentazione

- Incentivo alla pittura ed alle arti figurative: mostre di pittori emergenti, concorsi, fiere del libro ecc.
- Eventi in difesa delle tradizioni culturali (nella doppia ottica di preservazione dei tesori culturali italiani (anche orali), e del rafforzamento dell'interculturalità
- Visite organizzate alle aree archeologiche; intervento per i più giovani

**3. INTEGRAZIONE DEI CITTADINI APPARTENENTI ALLE FASCE DI POPOLAZIONE PIÙ DEBOLI E PARI OPPORTUNITÀ**

- Interventi a favore dei disabili (non solo gli studenti!), e corsi di formazione ai parenti sui diritti e sulle modalità per migliorare le qualità della vita
- Counselling psicologico
- Corsi per una migliore integrazione degli stranieri da poco in Italia
- Interventi per rafforzare e creare iniziative a supporto nella società al ruolo della donna e soprattutto delle mamme.

**4. EDUCAZIONE ALLA CULTURA DELL'AMBIENTE ED ALLO SFRUTTAMENTO DELLE RISORSE NATURALI**

- Creazione e/o mantenimento e/o ristrutturazione di Orti botanici, parchi naturali, e musei di scienze naturali, acquari, ecc.
- divulgazione scientifica raccordata con metodi nuovi ai musei, ed ai parchi, nonché ai corsi di studio di agraria, di scienze naturali, di biologia ecc.
- Educazione alla cultura del mare della montagna, ecc. (a seconda del territorio di riferimento dell'Università)
- Educazione alla sostenibilità, alle fonti rinnovabili, al riciclaggio (promozione di visite organizzate ed eventi anche per i più piccoli)

**5. EDUCAZIONE DEL CITTADINO E SVILUPPO URBANO**

- Educazione civica e stradale
- Prevenzione del fenomeno del bullismo
- Educazione Alimentare
- Educazione alle norme igieniche come strumento di prevenzione
- Norme basilari di Prevenzione e Protezione (nelle case, nei luoghi di lavoro)
- Educazione alla prevenzione degli incendi e di altri disastri ambientali
- Corsi (rivolti soprattutto ai piccoli) per l'edu-

cazione all'amore per la propria città o paese: l'educazione alla pulizia, al rispetto delle cose pubbliche, ecc.

- Concorsi su progetti per lo sviluppo urbano (rivolto per esempio a laureandi in architettura, ingegneria, belle arti)

#### 6. EDUCAZIONE ALLA CULTURA DELLO SPORT

- Eventi con premiazione di campioni dello sport e del fair play
- Festa dello sport, per le famiglie, e per le scuole
- Messa a disposizione a prezzi sostenibili (per esempio sconti agli iscritti al Programma "Terza Missione") di strutture di Ateneo come stadi e piscine
- Corsi sulla prevenzione attraverso una sana cultura sportiva

#### 7. EDITORIA, AUDIOVISIVI E MULTIMEDIA

- Creazione di piccole case editrici "di Ateneo" o supporto alle esistenti che, previa selezione, stampino in piccola tiratura opere di autori emergenti, allo scopo di lanciare giovani
- Canali radio e/o TV locali, tematici, per la divulgazione e l'informazione (avrebbero forse pochi ascoltatori, ma sarebbero fucina per le scuole di giornalismo, di musica ecc.)
- Progetti sperimentali per la formazione, lo sviluppo e la creazione di strumenti multimediali innovativi e per la progettazione di nuovi contenuti che tengano conto dei nuovi linguaggi di comunicazione.

#### 8. ALFABETIZZAZIONE INFORMATICA

- Corsi divulgativi per la creazione di siti web e dei più comuni linguaggi per la gestione degli stessi
- Erogazione della patente europea, o meglio delle sue "evoluzioni"
- Corsi per l'educazione alla navigazione ed alla comunicazione via Internet,
- Corsi di "etica della rete", ovvero aiutare le persone a capire la complessità di internet, con i suoi rischi e pericoli, ma anche con gli aspetti positivi in termini di opportunità. Ciò anche al fine, ad esempio, di prevenire il bullismo informatico, anche attraverso indicazioni alle famiglie degli adolescenti

#### 9. DIVULGAZIONE SCIENTIFICA

- Divulgazione scientifica (corsi sugli argomenti più attuali e controversi) con workshop tema-

- tici aperti ad ogni tipo di audience;
- Divulgazione attraverso canali TV locali, oppure attraverso internet e social network, (in modalità on-line e off-line);
- creazione di piccoli musei/aree gioco per i più piccoli per avvicinarli alle scienze con divertimento

Nell'ultimo rapporto VQR dell'ANVUR la terza missione delle Università è stata catalogata nel settore "Altre Attività" non qualificabili come attività conto terzi. E' interessante osservare come in questo report siano state compilate 8145 schede da 63 università (su un totale di 95 partecipanti) e 689 schede da 15 centri di ricerca (su un totale di 39). L'ampiezza dell'indicatore ha fatto sì che diventasse un contenitore di attività di ogni genere, e, pertanto, i dati non sono oggettivabili e valutabili. E' necessario quindi procedere alla ricodifica delle attività con l'obiettivo di creare macroaree specifiche di Terza Missione, che contengano al loro interno una serie di descrittori che agevolino la ricodifica e quindi la valutazione da parte dell'ANVUR.

#### Possibile metodologia per una valutazione

La terza missione si pone l'obiettivo di valorizzare il ruolo dell'università con il resto della società. Bisogna quindi partire dalla matrice originale che è alla base dell'idea di università per non snaturare la sua missione o prospettare soluzioni artificiose. Il ruolo dell'università nella terza missione è quello di svolgere in modo organico e strutturato un'attività di trasferimento delle conoscenze ad alto impatto economico e sociale. Il trasferimento tecnologico è una di queste attività e, come vedremo, va inquadrato nel ciclo di vita che porta da un'idea di ricerca a una soluzione che modifichi i processi di natura tecnologica con il relativo impatto economico e sociale.

Tre elementi devono essere tenuti presenti:

- 1) la capacità di produrre idee originali o di integrare conoscenze tra loro eterogenee, dando ad esse un valore nuovo
- 2) comprendere quali processi economici e/o sociali possono essere migliorati e/o razionalizzati da uno o più di questi elementi
- 3) garantire credibilità all'istituzione "Università" nei confronti del territorio, sia ponendosi come soggetto educatore, sia ponendosi come struttura che vive nella realtà, condividendo le conoscenze e le esperienze

ze delle strutture economiche e sociali che la circondano e con le quali l'università deve costruire un virtuoso luogo di condivisione di conoscenze.

Da tutto ciò si può creare, attraverso appositi strumenti e metodologie, il processo base della terza missione: si parte da un'idea di valore (ricerca) e da una sua opportunità di applicazione - scoperta attraverso la condivisione di conoscenze con la società civile - fino ad arrivare allo sviluppo di una soluzione innovativa che può avere, nella sua applicazione, un valore economico rilevante e un impatto sociale in grado di migliorare la qualità della vita delle persone.

La terza missione si vuole porre così un obiettivo di natura strategica per il futuro dell'Università: dalla formazione e dalla ricerca per arrivare ad influire positivamente sulla società con iniziative e soluzioni che creino valore.

Come dimostrato, sul piano internazionale, dalle molte e rilevanti esperienze di altre università anche di assoluto prestigio, si deve prima di tutto tener conto del fatto che raggiungere obiettivi significativi e misurabili è un compito molto difficile. Questa è la nuova sfida che le università di tutto il mondo si trovano oggi ad affrontare. Un singolo esempio a puro scopo evocativo può far comprendere come la stessa interpretazione dell'idea di terza missione richieda uno sforzo creativo: la necessaria protezione della proprietà intellettuale dell'Ateneo e della possibilità di valorizzare a livello economico brevetti e scoperte scientifiche, si scontra con la necessità di condividere queste conoscenze per poter meglio verificare sul campo il loro potenziale applicativo. D'altro canto, va detto in modo chiaro che, se l'università non può trarre un vantaggio economico dal proprio lavoro creativo e può esserne addirittura espropriata, allora bisogna tornare ad un ruolo per l'università di "ente assistito" che, oltre a mortificarne il potenziale creativo, è fuori dagli obiettivi richiesti all'università dai policy makers e dall'evoluzione economica e sociale.

E' necessario più che mai che, per valutare l'impatto delle attività di terza missione dell'Università, siano i risultati raggiunti ad essere misurati, dove per risultati si intende:

- capacità organizzativa dell'ateneo nel realizzare le attività di terza missione;
- risultati tangibili delle attività misurati in termini di:

- 1) componenti della società coinvolte nei processi di innovazione o di miglioramento della qualità della vita delle persone,
- 2) rilevanza economica delle soluzioni trasferite,
- 3) impatto su standard e tecnologie esistenti a livello nazionale e internazionale.

Si cita un esempio concreto: l'invenzione degli algoritmi e dei motori di ricerca non soltanto ha cambiato importanti componenti del mercato, permettendo la crescita di aziende altamente innovative in settori nuovi, ma ha anche aperto nuove linee di ricerca dando vita e delle aree di ricerca totalmente nuove, sostituendo o modificando le aree pre esistenti, e, non da ultimo, l'indiscutibile impatto sociale.

L'Università è chiamata quindi ad uscire dalle sue stanze del sapere, a fare lo sforzo di creare, se già non lo ha fatto, un rapporto privilegiato con il territorio e la società nel quale si trova. Questo rapporto dovrà essere non più unilaterale, ma, per creare il vero valore aggiunto della terza missione, dovrà essere una modalità flessibile, dinamica e strutturata di scambio di conoscenze ed esperienze con la società civile nell'ottica della reciproca crescita.

In particolare, l'Università deve essere per i giovani un punto di riferimento, non solo culturale, ma anche sociale.

Si deve fare lo sforzo di creare, prima di tutto all'interno dell'Università, lo spirito della terza missione, mettendo a fattor comune i risultati di ricerca, individuando le proprie "eccellenze", identificando le opportunità e dando ad ognuna la giusta collocazione attraverso un modello organizzativo trasversale rispetto alle realtà amministrative e di ricerca attuali.

Semplicità e flessibilità devono essere alla base di tutti i processi organizzativi in gioco.

L'individuazione di un'opportunità, come già accennato, è la verifica dell'efficacia dell'applicazione di un'idea nel risolvere un problema o migliorare una soluzione esistente in un contesto sociale reale.

Resta chiaro che ciò non vuole tralasciare tutto quello che è stato fatto, anzi, uno degli scopi è proprio quello di far convergere con azioni di coordinamento tutte le realtà esistenti all'interno di un ateneo (uffici amministrativi, dipartimenti, spin off, ecc.) verso l'obiettivo strategico che l'Università si pone con la terza missione.

### **L'importanza di una Infrastruttura operativa dedicata**

Per il raggiungimento dell'obiettivo strategico della terza missione dell'università, è necessario, a nostro avviso, la creazione di una infrastruttura operativa dedicata alle attività di terza missione. Questa infrastruttura dovrà comprendere le componenti dell'ateneo che sono maggiormente coinvolte: gli uffici amministrativi, i tecnici, i docenti e i ricercatori e coloro che sono i veri protagonisti e che possono e devono avere un ruolo importante, gli studenti.

In primo luogo questa infrastruttura avrà il difficile compito di individuare, raccordare, valorizzare e coordinare i Progetti e le iniziative esistenti all'interno di un ateneo. Insieme a ciò, dovrà avviare progetti e iniziative nuove che rispecchino le eccellenze proprie dell'ateneo e della realtà sociale, culturale ed economica in cui quella università si muove.

Sarà importante a questo punto la realizzazione di alcuni progetti strategici ben definiti e di riferimento per la messa a punto della infrastruttura operativa che colgano sin da subito ed in

pieno lo spirito della terza missione e diventino il modello di riferimento per progettualità future.

E' necessario definire e condividere un piano strategico delle attività di terza missione che un ateneo vuole portare avanti con tempi e obiettivi precisi.

Ogni attività di terza missione avrà dunque un ciclo di vita che parte dalla individuazione di idee per arrivare alla creazione di prodotti e/o servizi utili ai cittadini, alle istituzioni, alle realtà imprenditoriali e più ancora alle persone.

Un ultimo aspetto da non trascurare ma molto importante per arrivare al raggiungimento degli obiettivi è quello di definire, all'interno dell'infrastruttura operativa, un piano mirato di comunicazione e marketing verso l'esterno molto innovativo ed efficace, proprio per informare e coinvolgere le realtà sociali e spingere alla partecipazione. L'Università non deve essere comunicato come un luogo auto referente e "noioso", ma come un luogo dove saperi si formano, si trasformano e si condividono in modo creativo, libero e proiettato in modo concreto verso il futuro.

Ringraziamo tutti i colleghi che ci hanno permesso con le idee e discussioni su questo argomento di scrivere questo articolo e naturalmente la Redazione e soprattutto i Proff.ri Andrea Lenzi e Giovanni Danieli che ci hanno stimolato a scriverlo. Siamo grati per l'assistenza e il supporto a Simonetta Marsigliesi, Francesca Gelosia e Daniela Merella.

# Il Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

## Riflessioni e prospettive sul percorso formativo e sulla figura del laureato magistrale

Alberto Dal Molin (Biella), Caterina Galletti (Roma), Giuseppe Marmo (Torino), Loredana Gamberoni (Ferrara), Maura Lusignani (Milano), Ginetto Menarello (Torino – sede Orbassano), Renzo Zanotti (Padova)  
Hanno contribuito all'elaborazione: Rosaria Alvaro (Roma), Paolo Chiari (Bologna), Paola Di Giulio (Torino), Paolo Motta (Brescia), Gilda Pelusi (Ancona), Maria Luisa Rega (Roma), Elisa Vetti (Parma), Marco Vinceti (Modena-Reggio Emilia)\*

### Abstract

*The current epidemiological situation suggests the need for major reflections to the Master of Science in Nursing and Midwifery (Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche).*

*The curriculum of this Master of Science should integrate elements of the methodology of science useful to consolidate disciplinary knowledge. The intent is to offer professionals with a more solid cultural - scientific methodology to the society (magister).*

*The training should be developed in four areas: clinical care, organization, education and research.*

*The advanced competences that must be developed in this training must be applied in management, education, research and clinical practice.*

La Commissione Nazionale dei Corsi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche della prima classe (LM/SNT 1) ha avvertito l'esigenza di procedere ad una più puntuale e obiettiva definizione del laureato magistrale e ha avviato, costituendo un apposito gruppo di lavoro, un'articolata riflessione i cui risultati vengono di seguito proposti alla comunità nazionale.

Il documento presentato costituisce una prima sintesi ragionata delle riflessioni prodotte dal gruppo di lavoro e acquisite tramite un "documento di consenso" (inviato a tramite posta elettronica) in cui è stato richiesto, ai Presidenti e/o Coordinatori del corso di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche che hanno accettato di aderire al gruppo di lavoro, di esprimere il proprio livello di consenso, di esplicitare motivandole eventuali obiezioni, di suggerire integrazioni o perfezionamenti.

In quanto sintesi, il presente documento fornisce elementi e collegamenti utili per ulteriori approfondimenti che potranno costituire gli step di avvicinamento ad un sistema di riferimento nazionale per la predisposizione del core curricu-

\*Il gruppo di lavoro è stato costituito all'interno della Commissione Nazionale dei corsi di Laurea Magistrale della prima classe della Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie, in quanto nelle varie sedi formative, a seguito delle molte e differenziate esperienze condotte nella progettazione e gestione della Laurea, prima Specialistica e ora Magistrale in Scienze infermieristiche e Ostetriche, è maturata l'esigenza di una più puntuale definizione dell'ambito concettuale di riferimento.

lum da parte dei singoli Atenei.

Il documento è stato articolato su sei nuclei tematici: Contesto di riferimento / Caratteristiche del percorso formativo/ Nuclei concettuali caratterizzanti il laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche / Saperi di riferimento/ Apprendimento tramite tirocinio / Prospettive e tendenze

### Contesto di riferimento

L'attuale quadro epidemiologico<sup>1</sup> individua un invecchiamento progressivo della popolazione con un aumento delle cronicità, implicando il rafforzamento e/o lo sviluppo di nuove forme di assistenza.

Nel sistema sanitario si può ipotizzare uno scenario caratterizzato dalla progressiva riduzione di posti letto negli ospedali per acuti<sup>2</sup>, dalla presenza e dallo sviluppo di strutture intermedie (come le strutture protette, i centri diurni, le residenze assistenziali, i centri riabilitativi, gli hospice, ed altri ancora) e dalla ridefinizione dell'organizzazione degli ospedali per intensità assistenziale e non più o solo per disciplina medica scientifica. Ciò comporta un ripensamento logico – infrastrutturale degli edifici, ma anche una ridefinizione dei rapporti tra le varie professioni sanitarie. Inoltre importanti spinte culturali, professionali e di razionalizzazione organizzativa prevedono la separazione del governo clinico dal governo dei servizi sugli aspetti logistici e dei fattori produttivi.

La definizione di percorsi per pazienti cronici, la necessità di risolvere i problemi in acuzie in tempi brevi, lo sviluppo di reti/servizi per gestire la post-acuzie determinano la necessità di nuove soluzioni organizzative atte a garantire il coordinamento tra i servizi e il *case management* interorganizzativo<sup>3</sup>. Lo sviluppo di strutture di raccordo tra ospedale e territorio, quali ad esempio il *country hospital* o l'ospedale di comunità, saranno soluzioni che potranno migliorare la gestione delle dimissioni insieme allo sviluppo delle cure primarie, che dovranno prevedere, oltre ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di libera scelta, anche infermieri dedicati.

Altro aspetto che inciderà nel sistema sanitario è l'importante evoluzione delle tecnologie, che

umenteranno la complessità del sistema, ma che garantiranno anche lo sviluppo di modalità assistenziali innovative.

Inoltre nel prossimo futuro, si assisterà a una progressiva ridefinizione, per numero, tipologia, distribuzione e competenze, delle professioni sanitarie. In particolare, si fa riferimento a una riduzione del numero di medici<sup>4</sup>, alla re-definizione delle competenze, anche specialistiche, per gli infermieri<sup>5</sup> e a una possibile revisione dei profili professionali e non (si fa riferimento, ad esempio, al prolungato dibattito in merito alla figura dell'infermiere pediatrico e dell'OSS specializzato).

Lo scenario sopra descritto e le numerose e differenziate esperienze condotte nella progettazione e gestione della Laurea prima Specialistica, ora Magistrale, in Scienze infermieristiche e Ostetriche, rendono urgente un dibattito e un confronto sia sulla figura del laureato magistrale sia sul bisogno di competenze professionali in generale e di *governance* in particolare.

#### Caratteristiche del percorso formativo

Una prima riflessione riguarda la ridenominazione della Laurea da "Specialistica" a "Magistrale". Ciò induce una ridefinizione del percorso formativo in ragione di un approccio più disciplinare che professionale, caratterizzato più dal metodo e dal sapere scientifico che da competenze professionali specializzate.

Anche se la norma attuale<sup>6</sup> sembra privilegiare gli aspetti di cultura del *management*, il percorso formativo della Laurea Magistrale dovrebbe integrare elementi di metodologia della scienza con riflessioni su dimensioni costitutive di un sapere multidimensionale trasversale, utile per consolidare un sapere disciplinare appropriato. L'intento è quello di offrire alla società, professionisti con una più solida formazione culturale scientifico-metodologica (*magister*), capaci di contestualizzarsi nei vari contesti di esercizio professionale con un approccio più robusto e innovativo.

Il nostro sistema formativo si caratterizza per:

- laurea triennale: abilitante all'esercizio di una professione;
- dottorato di ricerca: che fornisce la competenza necessaria per la produzione scientifica quale ambito di attività professionale primaria;
- altri percorsi di alta formazione, quali:
  - master di I livello (escluso quello per il coordinamento che ha altre peculiarità), che fornisce competenze più elevate su casistica definita, spesso per ambiti clinici specialistici;
  - master di II livello, che fornisce competenza

elevata a soggetti già esperti di metodo (Laurea Magistrale) e di pratica professionale, per la gestione di casistica o di percorsi clinici complessi multiprofessionali con maggiore indipendenza di valutazione, giudizio e decisione anche nella attivazione di servizi e altri operatori.

Il percorso di Laurea Magistrale (che è requisito di accesso al dottorato e al master di secondo livello) dovrebbe fornire agli studenti teorie, chiavi di lettura disciplinari, modelli e metodi per leggere criticamente fenomeni, contestualizzati e non, per valutare livelli e interazioni di sistema necessari per assumere funzioni di responsabilità nel governo, nell'analisi e nella proposta migliorativa di processi e di servizi.

Una seconda riflessione sul percorso formativo deriva dall'abbinamento, esistente nella sua denominazione, tra "scienze infermieristiche e ostetriche"; fatto che presupporrebbe l'esistenza di elementi comuni che superano la distinzione di ruolo professionale tra infermiere e ostetrica. Il tema, però, è molto dibattuto: esiste un sapere scientifico-metodologico trasversale e comune oppure no? E ancora, tale sapere comune dovrebbe attestarsi a un livello disciplinare più elevato rispetto allo specifico sapere professionale di infermiere e di ostetrica? Se sì, quanto e come il sapere professionale specifico dovrebbe essere incluso nel percorso di Laurea Magistrale?

A questo proposito si pensa che il percorso formativo dovrebbe focalizzarsi su:

- studio della dimensione disciplinare rispetto a quella professionale specifica del ruolo, perché scienza e metodologia trascendono i ruoli, anche se sono da essi utilizzate;
- sviluppo di metacompetenze applicate a varie fenomenologie;
- analisi delle problematiche che caratterizzano il bisogno nella popolazione, lo sviluppo dell'assistenza professionale, il miglioramento dell'organizzazione dei servizi di salute.

Una terza riflessione riguarda i requisiti di accesso al percorso formativo. Si ritiene che l'esperienza professionale post laurea triennale sarà un requisito di accesso complementare sempre meno presente. Infatti, la popolazione *target* sarà sempre più costituita da giovani neo-laureati che intendono mantenersi attivi nel completare il loro percorso formativo e da una quota di professionisti giovani con limitata esperienza sul campo. Ciò determinerà la necessità di rivedere le modalità della didattica adattandola agli stili di apprendimento delle nuove generazioni e alla mancanza

di un substrato esperienziale.

**Nuclei concettuali caratterizzanti il laureato magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche**

I concetti-chiave che connotano il profilo culturale del laureato magistrale sono identificabili in:

a) *Competenza “avanzata”*. L’idea di una dimensione “avanzata” di competenza professionale si colloca nella visione di un sistema di competenze professionali e/o metodologico-scientifiche stratificato su livelli progressivi e indipendenti.

La competenza “avanzata” non deve essere confusa con il concetto di competenza “esperta” (expertise) che, secondo Benner<sup>7</sup>, si sviluppa nella prassi con la riflessione sistematica sull’esperienza e che si caratterizza per alcune peculiari capacità: discriminativa della ridondanza informativa, di collegamento di insieme pur disponendo solo di elementi deboli, di formulazione di ipotesi interpretative iniziali con pochi dati e, infine, di ponderazioni di stima del rischio e del beneficio nella decisione clinica.

La competenza “avanzata”, invece, è di norma associata, nella letteratura internazionale, a un livello superiore, all’*Advanced Practice Nursing*, attribuito di chi possiede un dominio più ampio della pratica e non riferibile solo alle capacità di un soggetto maturate con l’esercizio e la riflessione. La competenza avanzata supera il livello della prassi poiché mette in gioco modelli interpretativo-valutativi, metodologie di identificazione, di discriminazione, di decisione, di applicazione e di controllo acquisibili solo con una formazione ulteriore, strutturata, tutorata e con forti implicazioni ontologiche ed epistemologiche relative all’ambito culturale di riferimento e non solo alla sua prassi applicativa.

L’ICN nel 2002 ha distinto il *Nurse Practitioner (NP)*, cioè il nostro infermiere con laurea triennale, dall’*Advanced Practice Nurse (APN)*, definito come un infermiere abilitato che, avendo acquisito conoscenze a livello di esperto (*expert knowledge based*), manifesta anche capacità di prendere decisioni complesse e competenze cliniche per un esercizio professionale ampliato (*expanded practice*) nel proprio contesto nazionale<sup>8</sup>.

Secondo questa definizione la differenza tra un infermiere esperto e un infermiere con competenze avanzate sta nel grado di ampiezza, approfondimento, complessità con cui valutazioni, decisioni e azioni professionali sono poste in essere.

Il competente avanzato, in altri termini, fruisce

di un’“espansione” delle proprie categorie mentali, delle dotazioni teoriche, delle chiavi di lettura del contesto e dei problemi. Espansione che gli consente, grazie anche al possesso di modelli interpretativi più sofisticati, di estendere l’ambito di interesse su molteplici fenomeni inerenti la salute, su variegati trattamenti e strategie di recupero di incapacità, su relazioni primarie e correlate in situazioni complesse in campo sanitario.

Il concetto di “espansione” non è, quindi, da confondere con quello di “estensione” che si riferisce, invece, all’esercizio di attività tradizionalmente attribuite ad altre professioni.

Un ulteriore riferimento per la definizione di “competenza avanzata” proviene dai Descrittori di Dublino del 2° ciclo, allorché fanno riferimento a:

- conoscenze e capacità di comprensione che ampliano e/o rafforzano quelle tipicamente associate al primo ciclo e che consentono di elaborare e/o applicare idee originali, spesso in un contesto di ricerca;
- applicazione di conoscenze, di capacità di comprensione e di abilità nel risolvere problemi a tematiche nuove o non familiari, inserite in contesti più ampi (o interdisciplinari) connessi al proprio settore di studio;
- integrazione di conoscenze e gestione di complessità, nonché formulazione di giudizi sulla base di informazioni limitate o incomplete, includendo la riflessione sulle responsabilità sociali ed etiche collegate all’applicazione delle conoscenze e dei giudizi.

Alla luce di tali considerazioni, si ritiene che il percorso formativo della Laurea Magistrale debba privilegiare, sulla base della migliore teoria disponibile, la riflessione critica per l’acquisizione di nuovi saperi e di maggior consapevolezza professionale, la coniugazione del metodo della scienza con l’idea divergente, con l’attitudine a problematizzare e a rivedere i propri punti di vista, così come richiesto a futuri leader professionali, dirigenti di servizi, cultori della disciplina.

Il precedente distinguo posto tra “avanzato” ed “esperto” pone, però, un ulteriore problema di efficacia formativa allorché uno studente accede alla Laurea Magistrale senza un’esperienza professionale intermedia. Si ritiene che un ambito privilegiato entro il quale sia possibile avviare lo sviluppo di tale competenza sia quello del tirocinio che va concepito non in termini di tirocinio esperienziale o, meno ancora, osservativo, ma come percorso progettuale/di ricerca accompa-

gnato da un robusto sistema tutoriale in grado di personalizzare le condizioni e gli obiettivi di apprendimento.

*b) Complessità.* La naturale evoluzione dei sistemi, sempre più caratterizzati da imprevedibilità e non linearità<sup>9</sup>, e l'evoluzione del pensiero e della scienza hanno introdotto con forza, negli ultimi decenni, il tema della complessità che induce ad affrontare la realtà con un pensiero multidimensionale ed esplorativo.

La sfida della complessità nella formazione rende inadeguati i nostri saperi disgiunti, poiché le singole discipline non sono più sufficienti per capire e affrontare la realtà.

Non solo, le vecchie ripartizioni e divisioni tra formazione, organizzazione, ricerca e pratica professionale, non reggono più alla prova dei fatti.

Alla luce di tali considerazioni si ritiene che il percorso formativo della Laurea Magistrale debba essere progettato in termini multidimensionali non limitandosi a una buona articolazione degli insegnamenti nei piani di studio ma anche prevedendo esperienze significative sul piano dell'analisi e della soluzione di problemi, della progettazione strategica e della ricerca, che integrano, giocoforza, diversi saperi. I metodi di insegnamento adottati devono privilegiare la scoperta, l'analisi e l'integrazione di saperi diversi, inducendo lo studente ad assumere un atteggiamento esplorativo, critico e propositivo.

*c) Innovazione.* L'innovazione è definita come l'apporto di nuove idee o l'applicazione delle idee attuali a una nuova situazione per migliorare un servizio, un programma, una struttura, un prodotto, un sistema.

L'innovazione sostenibile, nel campo sociale e sanitario, è concepita con l'obiettivo di incidere, in modo non episodico, nella realtà, migliorandola stabilmente. Nei servizi sanitari, quindi, l'innovazione è rappresentata non tanto dalla miglior risposta assistenziale alla singola domanda di assistenza, fornita da un professionista esperto, quanto da un valore aggiunto nella qualità assistenziale, stabilmente mantenuto nel sistema considerato.

Alla luce di tali considerazioni si ritiene che il percorso formativo della Laurea Magistrale debba alimentare il pensiero divergente più che quello conformistico, l'atteggiamento di ricerca più che quello della riproduzione, l'umiltà scientifica più che l'arroganza dogmatica, la revisione critica più che il fatalismo.

### **Saperi di riferimento**

Sembra sensato ritenere che nel percorso formativo magistrale si debba tendere con strutturale sistematicità allo sviluppo del sapere critico riflessivo, capace di collegare teorie, modelli e metodi nell'identificazione, problematizzazione e analisi dei fenomeni di interesse.

Si ritiene che le aree tematiche, organizzatrici dei saperi, possano essere:

- a) ambito clinico-assistenziale
- b) ambito organizzativo
- c) ambito educativo-professionalizzante
- d) ambito dell'indagine e della ricerca

Le quattro aree (Tab. 1) rappresentano contenitori di approfondimenti disciplinari che prevedono, anche il consolidamento di alcuni concetti fondamentali e trasversali riferibili a: competenza avanzata, complessità, innovazione, aver cura, assistenza infermieristica/ostetrica, persona assistita, autonomia.

### **Apprendimento tramite tirocinio**

Molte sono le possibilità esperienziali che le varie sedi formative hanno adottato per facilitare negli studenti lo sviluppo di competenze avanzate. Non è questo il luogo per procedere a una loro disamina complessiva. Si intende solo porre l'accento su un aspetto che favorisce la predisposizione di condizioni organizzative e di setting formativi necessari per attivare, nello studente, processi innovativi e per consentirgli la messa in gioco, in prima persona e direttamente sul campo, delle sue capacità relazionali e intellettuali: la messa a punto e sperimentazione di progetti rivolti alla gestione di situazioni problematiche reali o situazioni insoddisfacenti da migliorare relativamente a dimensioni di specifico interesse professionali.

Rimane comunque necessario prevedere anche ulteriori modalità e strategie didattiche con stage e laboratori di messa in prova e sperimentazione di abilità considerate essenziali nella determinazione della competenza finale di tale laureato.

### **Prospettive e tendenze**

La competenza avanzata fornita dalla Laurea Magistrale dovrebbe trovare coerente applicazione nelle seguenti aree:

- a) area clinico assistenziale
- b) area dei processi organizzativi
- c) area dei processi educativi e formativi
- d) area della ricerca

*a) area clinico-assistenziale:* il laureato magi-

**Ambito clinico-assistenziale**

Esistono due posizioni. La prima sostiene che gli approfondimenti clinico-assistenziali dovrebbero essere garantiti non dalla Laurea Magistrale ma da percorsi specialistici successivi. La seconda sostiene, invece, il fatto che non è possibile incorporare la disciplina infermieristica dalla clinica, intendendo la clinica del nursing non riferita a patologie ma a casistica assistenziale caratterizzata da dimensioni di incapacità, incompetenza, non disponibilità di supporti necessari nel proprio ambito, potenzialità di sviluppo dell'autocura. Tale seconda posizione consente di non confinare la Laurea Magistrale in ambiti troppo metodologici e pertanto nel biennio formativo dovrebbero essere affrontate aree cliniche che si ritiene siano collegate a profili decisionali e trasversali ai servizi.

A queste posizioni tradizionali se ne aggiunge un'altra, collegata all'idea di sapere "avanzato" nel dominio professionale della disciplina; secondo tale posizione, il percorso formativo dovrebbe essere organizzato attorno ai processi diagnostico-terapeutici a cui si collegano le reti sociali e il sistema del nursing in modo da offrire una "meta-competenza" sistemica nella clinica, oggi acutamente assente.

**Ambito organizzativo**

I saperi di quest'area riguardano aspetti teorici, di contesto e metodologici.

I primi fanno riferimento alle principali teorie dell'organizzazione e del management.

I secondi fanno riferimento ai fondamentali della politica sanitaria e dell'organizzazione in sanità, del diritto amministrativo, del diritto del lavoro e del benessere organizzativo.

I terzi affrontano tematiche inerenti la gestione dei servizi, dell'assistenza e del personale, con particolare attenzione al governo clinico e alle analisi economico-finanziarie, all'analisi organizzativa e allo sviluppo di progetti in ambito manageriale.

**Ambito educativo-professionalizzante**

I saperi di quest'area riguardano aspetti teorici, di contesto e metodologici.

I primi fanno riferimento alle principali teorie dell'apprendimento e ai loro risvolti sul piano della progettazione formativa verso l'utente/paziente e verso gli studenti o il personale sanitario.

I secondi fanno riferimento alla politica educativa sanitaria, a quella formativa del personale sanitario e alla sua organizzazione.

I terzi riguardano i principali e più innovativi metodi educativi di progettazione e di insegnamento/apprendimento.

**Ambito dell'indagine e della ricerca**

In quest'area il dibattito è legato soprattutto al livello di approfondimento in rapporto ai tre livelli formativi previsti dai nostri ordinamenti. Se da una parte è indubbio che l'atteggiamento di ricerca debba essere sostenuto fin dai primi anni formativi, è altrettanto indubbio che una Laurea Magistrale non può ambire, per finalità e per tempi di apprendimento disponibili, a preparare ricercatori. La formazione Magistrale è occasione per lo sviluppo del pensiero riflessivo e ipotetico-deduttivo, attento all'idea e al discorso prima ancora che allo strumento. Tali aspetti richiedono un forte investimento sulla dimensione epistemologica e di metodologia applicata alla revisione del sapere; ciò anche per porre le basi dell'indipendenza del soggetto nella costruzione della sua personale dotazione di saperi che fa della consapevolezza critica il suo riferimento principe.

In una Laurea Magistrale è necessario richiamare e rafforzare, trasversalmente a tutto il percorso formativo, gli aspetti fondamentali della metodologia della ricerca, affinando le abilità di revisione bibliografica rispetto a un problema, di lettura critica dei risultati di ricerca, di implementazione degli stessi nella pratica clinica e di contributo alla progettazione, autonoma o in collaborazione con altri professionisti, di percorsi di ricerca.

Tab. 1 - Aree tematiche dei saperi di riferimento.

strale deve sapersi inserire nella clinica, in rapporto soprattutto alla complessità di pazienti pluripatologici, instabili e cronici, utilizzando aree della competenza avanzata, clinica, organizzativa - per gestire la rete di servizi necessari ai gruppi di utenti e alle loro famiglie o care giver - e relazionale per entrare nelle dinamiche interprofessionali. La sua capacità di connettere le varie componenti dei processi clinico assistenziali complessi con i processi organizzativi e professionali necessari alla gestione degli stessi, lo pone in grado di adottare modelli di gestione quali il *Primary Nursing*<sup>10,11,12</sup> e il *Case Management*<sup>13</sup>. Affinché tali modelli possano essere applicati adeguatamente, è necessario che il professionista abbia già acquisito una solida competenza clinica

e per il primo modello anche una buona capacità di pianificazione dell'assistenza infermieristica mentre per il secondo anche una capacità evidenziale based di gestire il percorso clinico - assistenziale del paziente.

Ma è anche necessario pensare a nuovi ambiti di esercizio professionale, oggi non esistenti, per i quali può essere necessaria la competenza di un laureato magistrale. Ad esempio: il follow up e l'educazione terapeutica di gruppi di pazienti e famigliari, il governo di percorsi assistenziali, la gestione delle dimissioni difficili e della continuità assistenziale, la gestione assistenziale di aree residenziali di cronicità, screening e campagne di prevenzione.

b) *area organizzativa*: il laureato magistrale già

oggi può utilizzare le proprie competenze svolgendo attività organizzativo/gestionali apicali. E', però, opportuno riflettere anche su nuove interpretazioni dell'apicalità, oltre a quelle tradizionali previste dalle attuali organizzazioni. Ad esempio: responsabile infermieristico di dipartimento o della formazione o della ricerca in ambito aziendale; oppure ancora su un ambito più clinico: coordinamento e/o responsabile di processi o di percorsi assistenziali o di aree residenziali di cronicità, della qualità clinico assistenziale, dell'accreditamento, del rischio clinico assistenziale nella misura in cui tale professionista abbia già un suo consolidato bagaglio di competenze cliniche specifiche.

c) *area formativa*: nell'area della formazione universitaria il laureato magistrale può utilizzare le proprie competenze nel coordinamento (direzione), nella progettazione, nel tutorato, nella docenza. Nell'area della formazione nel sistema ECM può spendersi nella progettazione, realizzazione e valutazione di percorsi formativi.

d) *area ricerca*: le conoscenze e le competenze che si acquisiscono nel campo della ricerca durante il percorso di Laurea Magistrale possono costituire il prerequisito per affrontare un dottorato di ricerca che può essere disciplinare, con approfondimento delle conoscenze all'interno dell'infermieristica, e non disciplinare, con approfondimento di conoscenze appartenenti ad altre discipline importabili all'interno dell'infermieristica<sup>14, 15, 16</sup>. In ogni caso la ricerca deve diventare metodo di lavoro presente nell'attività del laureato magistrale, ovunque svolga la propria attività.

### **Conclusioni**

La tematica affrontata in questo documento e cioè "Quale profilo culturale dovrebbe caratterizzare il laureato in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche" necessita certamente di ulteriori approfondimenti e analisi sia per la contestualizzazione al nostro Paese che per la dimensione di coerenza con il contesto internazionale. Quindi, si è ritenuto indispensabile da parte della Commissione Nazionale dei Corsi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche della Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie, produrre gli elementi utili per iniziare un opportuno dibattito.

La formazione di livello magistrale è, infatti, una opportunità irrinunciabile allo sviluppo del pensiero riflessivo e ipotetico-deduttivo, dell'atteggiamento di attenzione all'idea e al discorso prima che allo strumento. Tale opportunità richiede

però, per essere colta, un forte investimento sulla dimensione epistemologica e di metodologia applicata nella revisione critica e avanzamento del sapere professionale disponibile. Tali elementi costituiscono, infatti, l'essenza culturale del laureato magistrale nel percorso di costruzione della sua personale conoscenza e adeguata consapevolezza critica per distinguere, comparare e valutare con indipendenza di pensiero.

### **Bibliografia**

- 1) Ministero della salute. Situazione Sanitaria del Paese. 2009 – 2010. [internet] [visitato il 21 maggio 2012]; disponibile da <http://www.rssp.salute.gov.it/rssp/paginaCapitoloRssp.jsp?sezione=situazione&capitolo=quadro&lingua=italiano>
- 2) Ministero della Salute- Direzione Generale del Sistema Informativo - Ufficio Direzione Statistica. Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere. Annuario statistico del Servizio sanitario Nazionale [internet]. Anno 2008 [visitato il 12 settembre 2011]; disponibile: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1488\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1488_allegato.pdf)
- 3) Longo F, Del Vecchio M, Lega F. *La Sanità futura – Come cambieranno gli utenti, le istituzioni, i servizi e le tecnologie*. EGEA Milano. 2010
- 4) Palermo C, Reginato E, Analisi Anaao-Assomed sugli effetti fino al 2021 della gobba pensionistica "negativa" - Medici: 30mila in dieci anni. *Il Sole 24ore Sanità*. 27 sett-3 ott 2011
- 5) Gobbi B, Magnano R, All'esame di Regione e categorie il documento che amplia prerogative e competenze del nursing – Così l'infermiere cambia pelle. *Il Sole 24ore Sanità*. 24-30 aprile 2012: 24
- 6) D. MIUR 8 gennaio 2009 "Determinazione delle classi delle lauree magistrali delle professioni sanitarie, ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270 - G.U. serie generale n. 122 del 28/5/2009 allegato "Numerazione e denominazione delle classi delle lauree magistrali" - Obiettivi formativi qualificanti
- 7) Benner P, From novice to expert. *Am J Nurs*. 1982; 82(3): 402-7
- 8) ICN. Definition and Characteristics of the Role. (2002). [internet] [visitato il 29 marzo 2013]; disponibile da <http://www.icn-apnetwork.org/>
- 9) Clancy TR, et al., Applications of complex systems theory in nursing education, research and practice. *Nurs Outlook*. 2008;56:248-56
- 10) Manthey M . *La Pratica del Primary Nursing* . Il Pensiero Scientifico Editore. 2008: 43 – 64
- 11) Manthey M, Ciske K, Robertson P, Harris I. Primary nursing. *Nurs Forum*. 1970; 9(1): 64-83;
- 12) Steven A, Named Nursing: in Whose Best Interest?, *Journal of Advanced Nursing*; 1999; 29: 341 – 7
- 13) Chiari P, Santullo A, *L'Infermiere Case Manager*, McGraw – Hill, Milano, 2001
- 14) Dreher HM, et al., Global perspectives on the professional doctorate. *Int J Nurs Stud*. 2011 Apr;48(4):403-8. Epub 2010 Oct 14
- 15) Ellis LB. Professional doctorates for nurses: mapping provision and perceptions. *J Adv Nurs*. 2005 May;50(4):440-8
- 16) Palese A, Tomietto M, Da Dalt S, Saiani L., I dottorati di ricerca nelle Professioni Sanitarie: Uno sguardo all'esperienza degli altri Paesi. *Med Chir*. 44/2008 pp 1864

## ***Il libro per chi fa a meno dei (degli altri) libri*** **di Abū'l-Qāsim Khalaf ibn 'Abbās al-Zahrāwī**

Paola Carusi, *La Sapienza, Università di Roma*

### **Abstract**

*For several centuries in the Latin Middle Ages and until the modern era, the name of the Spanish Muslim al-Zahrāwī (d. 1013?) is well known: the thirtieth book of his treatise on medicine al-Taṣrīf li-man 'ajiza 'an al-ta'ālif, dedicated to surgery, was studied and taught by the most famous physicians, from Rogerius Salernitanus (12<sup>th</sup> century) to Fabricius ab Aquapendente (d. 1619), and his techniques, many of which completely original, were applied and imitated by many. This work provides hints on what is known about his life and his work, and presents some significant passages on surgeries performed by him, and surgical instruments which he described.*

A seconda del campo in cui si svolge per la maggior parte del tempo la loro attività, nel mondo islamico medievale i medici possono essere divisi approssimativamente in tre grandi gruppi: l'internista, l'oculista, il chirurgo. Il medico più tenuto in considerazione è sempre e dovunque l'internista, considerato anche il maggior teorico della disciplina; solo dopo di lui, abbastanza dopo, vengono l'oculista e il chirurgo, entrambi considerati dei tecnici, sia pure di livello elevato: l'oculista - importante, data la grande diffusione di malattie degli occhi, dallo pterigio al tracoma - e il chirurgo, necessario, come ben si comprende, non solo in pace ma anche in guerra, sul campo di battaglia.

Il ruolo subalterno della chirurgia, ruolo che vede il chirurgo costretto ad attività limitate e per così dire di ultima sponda, dipende da motivi pratici e anche teorici:

- pratici. Nell'antichità e nel Medioevo non esistono, o esistono solo in una forma molto rudimentale, due grandi e indispensabili collaboratrici del chirurgo:

- l'anestesia, necessaria per effettuare interventi di una certa importanza (si utilizzano oppiacei e stupefacenti di tipi diversi, che però non sono risolutivi);
- l'antisepsi, che deve garantire il felice esito nel periodo post-operatorio.

Da ciò consegue il fatto che le operazioni che il chirurgo riesce a compiere sono di solito piccoli interventi: salassi, scarificazioni, cauterizzazioni,

riduzioni di fratture etc., e tutto questo solo raramente lo porta a chiara fama;

- teorici. Da Galeno e da tutta la medicina antica:
  - il corpo umano è considerato come una sorta di paradigma della bellezza, e lo studio dell'anatomia umana come la porta che conduce dalla medicina alla filosofia e alla riflessione sulla divinità;
  - l'organismo è considerato come un tutto, come una bilancia il cui equilibrio deve essere mantenuto o restaurato.

Sulla base di queste considerazioni - la medicina è la scienza, scrive Galeno, che si preoccupa di mantenere la salute se c'è, o di ristabilirla se è perduta - compito del medico è occuparsi dell'intero organismo e di cercare di mantenere o di ristabilire la condizione equilibrata naturale che gli è propria. Né l'una né l'altra cosa sono curate dalla chirurgia, scienza che necessariamente si occupa di parti, e che non è conservativa, ma compie sul corpo interventi che sono duri e invasivi.

Nonostante le difficoltà e gli impedimenti, il chirurgo, sia egli d'urgenza, come il medico di guerra, o il risolutore di parti difficili, si rivela tuttavia in molti casi indispensabile; della sua attività sono testimoni non solo i testi, in qualche caso generosamente illustrati con tavole anatomiche e immagini della strumentazione chirurgica (mannaie e coltelli di diverse misure, cateteri e siringhe per irrigazioni, apparecchi per flebotomia, aghi cavi per la rimozione della cataratta, cucchiari affilati per tonsillectomia e operazioni di diverso tipo), ma anche un certo numero di reperti archeologici e di strumenti ricostruiti a partire dalle descrizioni dei testi, conservati nei musei di tutto il mondo.

Una molto ampia documentazione - testo e immagini - sulla chirurgia praticata nel mondo islamico tra X e XI secolo si può trovare nella figura e nell'opera di un chirurgo musulmano di Spagna, Abū'l-Qāsim Khalaf ibn 'Abbās al-Zahrāwī, cui molto devono in seguito la chirurgia del Medioevo latino e la chirurgia e medicina italiana e francese della prima epoca moderna.

### **Abū'l-Qāsim Khalaf ibn 'Abbās al-Zahrāwī**

Noto nel mondo latino come Abulcasis / Albucasis, Alsharavius e diversi altri nomi, al-Zahrāwī nasce (come si vede dalla sua *nisba*) ad al-Zahrā'

*NdR: Per necessità di carattere editoriale questo articolo è qui presentato in una versione semplificata. Il testo integrale, completo di note a piè pagina, è disponibile sul sito web della Conferenza dei CLM in Medicina e Chirurgia, [www.presidenti-medicina.it](http://www.presidenti-medicina.it), <http://www.quaderni-conferenze-medicina.it/>*

presso Cordova, intorno al 936, e muore nella stessa città, secondo alcuni intorno al 1036, secondo altri (Leone Africano) nel 1013; altre date tuttavia sono state proposte, e la questione è tuttora incerta. Molto poco si sa della sua vita: forse i suoi antenati vengono dall'Arabia (epoca della conquista), e appartengono all'aristocrazia di origine medinese (*al-anṣār*) vicina al Profeta; certo è che vive in un periodo di grande splendore per la storia della Spagna musulmana. Secondo alcuni, diviene medico personale del califfo omayyade 'Abd al-Raḥmān III, o di Ḥakam II suo successore, o di al-Manṣūr, il suo famoso ministro; la circostanza è tuttavia poco probabile, perché, anche ammettendo che egli stesso taccia la cosa per modestia, nessuno dei suoi biograf ne fa menzione.

Una indagine sulla personalità scientifica e anche umana di al-Zahrāwī rivela, in primo luogo, tratti di grande umanità e dedizione alla professione: ammirevoli sono, ad esempio, la cura e l'amorevolezza che dimostra verso i malati e il disinteresse con cui prodiga le sue cure. Scrive di lui il copista del ms. Istanbul, Süleymaniye 'Umūmī Kütüphanesi, Veliüddin 2491, f. 228b:

Mi è stato detto che al-Zahrāwī - Dio abbia misericordia di lui - era estremamente ascetico; che metà del suo lavoro ogni giorno la faceva gratuitamente, come carità, e che scrisse questo compendio per i suoi figli in un periodo di quarant'anni.

I suoi figli, qui menzionati, dovrebbero essere i suoi allievi, o comunque i medici della generazione che lo segue; nel Medioevo islamico, come è noto, una parte rilevante dell'insegnamento, in particolare nelle scienze 'operative', si realizza in un rapporto di apprendistato presso il maestro (si veda, ad esempio, in medicina, la presenza degli allievi nei padiglioni, nelle aule e nella biblioteca dell'ospedale), e può accadere anche che l'allievo vada ad abitare per un certo tempo nella casa del suo maestro.

Nato e morto nella stessa regione e nello stesso luogo, al-Zahrāwī, a differenza di altri studiosi e medici come ad esempio Avicenna, non è uomo che fa grandi viaggi. Si occupa di medicina per cinquant'anni, scrive una sola opera, capitale: *Taṣrīf li-man 'ajiza 'an al-ta'ālif* [Il libro per chi fa a meno dei (degli altri) libri], enciclopedia medica in trenta libri, completandola intorno all'anno 1000. Discute, in questa opera, non solo di chirurgia (trentesimo libro del *Taṣrīf*, primo trattato razionale e completo sul tema), ma anche di farmacologia, di prepa-

razioni cosmetiche, di cucina e dietetica, pesi e misure, terminologia tecnica della medicina, chimica medica, terapeutica e psicoterapia.

### Il *Taṣrīf*

Nel trentesimo trattato del *Taṣrīf*, dedicato alla chirurgia, al-Zahrāwī dichiara di voler seguire gli antichi (*auctoritates*), da Ippocrate a Paolo di Egina. Uomo dotto e di solida erudizione, non si comporta, tuttavia, come un pedissequo lettore di libri: dando prova di essere un chirurgo lungamente formato 'sul campo', le operazioni che egli descrive sono spesso resoconti di vita vissuta; elaborazioni sue proprie, o comunque appartenenti alla pratica araba contemporanea.

In chirurgia, oltre a interventi relativamente semplici e collaudati, come la tonsillectomia e l'estrazione della safena nel caso di vene varicose, pratica la litotomia e descrive l'estrazione di calcoli per via vaginale; risolve dislocazioni e riduce fratture, intervenendo con successo, in particolare, sulla frattura della rotula; consolida con fili d'oro i denti che si muovono, e accenna al riposizionamento e alla legatura di denti caduti e all'utilizzazione di denti artificiali di osso di bue; lega le arterie e raccomanda diversi tipi di budelli e fili per sutura; applica gessi e bende alle fratture; introduce, in ostetricia, la posizione più tardi detta 'di Walcher'; inventa diversi tipi di forcipi e di strumenti chirurgici. Nella descrizione di operazioni chirurgiche, presenta, a parole e con illustrazioni, gli strumenti utilizzati, fornisce in dettaglio i modi della loro utilizzazione, e i tempi e i modi degli interventi dei collaboratori (si noti che anche nel Medioevo islamico la chirurgia si presenta regolarmente come un lavoro di équipe, in cui all'abilità del chirurgo deve aggiungersi quella dei suoi assistenti).

Come abbiamo in precedenza accennato, l'attività di al-Zahrāwī non si limita alla chirurgia. In medicina, descrive diverse malattie, tra cui l'idrocefalo e, forse, l'emofilia; in un rapporto diretto e continuo con il paziente, prescrive misure igieniche, diete per salute e malattia, medicine di buona qualità (nel Medioevo molto spesso il medico prepara egli stesso le medicine). Estende le sue considerazioni all'educazione dei bambini, al buon comportamento, anche a tavola; compie utilissime valutazioni sull'istruzione scolastica e sulla preparazione accademica, ed è in questo contesto, mentre si muove nel campo che gli è più caro, che espone con grande chiarezza l'alto concetto che ha della sua

scienza: a suo parere, sarebbe bene iniziare gli studi di medicina dopo avere ricevuto una educazione in lingua, grammatica, religione, poesia, matematica, astronomia, logica e filosofia.

I suoi interessi, già come si vede molto ampi, vanno anche oltre la medicina: è esperto di scienza naturale e chimico applicato; descrive flora e fauna spagnole, fornendo dati utilissimi per la storia della botanica; cita medicine semplici di origine minerale, vegetale e animale, come si trovano, come si conservano etc. Discute metodi tecnici per purificare sostanze chimiche come il litargirio (ossido di piombo II), la cerussa (o biacca, carbonato di piombo), la pirite (un solfuro di ferro), i vetrioli (in genere sono solfati), il verderame; raccomanda l'uso di minerali, di elementi e anche di pietre preziose a scopo terapeutico.

In psichiatria fa uso di droghe, e non è il solo. Tra queste, un preparato a base di oppio, che rilassa, toglie le preoccupazioni, modera i temperamenti e agisce contro la melancolia.

Come chirurgo al-Zahrāwī è certamente insuperato almeno fino al XIII secolo. Nel Medioevo islamico non ha molto seguito, anche se di lui si moltiplicano le citazioni, ma nell'Occidente latino diviene presto ben noto. Il suo trattato sulla chirurgia, tradotto da Gerardo da Cremona - Toledo, XII secolo - con il titolo di *Liber Alsaharavi de cirugia*, diviene famosissimo, ed esercita poi una grande influenza su chirurghi italiani e francesi. Tra i molti medici che lo utilizzano e su di esso fondano le loro conoscenze, dal Medioevo all'età moderna: Rogerio Frugardi (Rogerius Salernitanus, XII secolo) e il suo allievo Rolando Capelluti (Rolandus Parmensis, m. dopo il 1279), Guglielmo da Saliceto (m. 1277), e forse Arnaldo da Villanova (m. 1311). Nel XIV secolo, Guy de Chauliac (m. 1368) accosta Albucasis a Ippocrate e Galeno; e ancora nel XVII secolo, Girolamo Fabrici (Fabricius ab Aquapendente, m. 1619) lo menziona tra i tre autori a cui deve di più: il romano Celso, il greco Paolo di Egina e, appunto, l'arabo Albucasis.

## Testi

Presentiamo qui di seguito alcuni capitoli del trattato del *Tasrif* sulla chirurgia: questo perché una corretta comprensione della mentalità e del contesto in cui il chirurgo musulmano del Medioevo si trova a operare si può ottenere soltanto con una diretta meditazione sui testi. Ai primi quattro capitoli che riguardano la pratica chirurgica, direttamente eseguita dal medico, abbiamo

aggiunto una sezione dedicata al trattamento dei parti difficili: qui, come è noto, dato il fatto che nella tradizione islamica il medico, uomo, non può intervenire direttamente sulla paziente, le indicazioni fornite dal medico hanno la funzione di istruzioni per le levatrici. La necessità di ricorrere a terze persone nella diagnosi e nella cura delle pazienti è deplorata con forza dai medici, e dallo stesso Zahrāwī, ed è forse per questo che nella Spagna del XII secolo è segnalata l'esistenza di dottoresse, appartenenti alla famiglia del grande medico Avenzoar, delegate alla cura delle donne dell'harem del califfo.

1. Il trattamento della tumescenza delle tonsille e di altre tumescenze che si formano nella gola (*Tasrif* 30.2.36, in: Albucasis, *On surgery and instruments...*, v. bibliografia, pp. 300-305).

A volte si producono nella gola dei bubboni chiamati 'tonsille', che somigliano ai bubboni che si producono all'esterno del corpo. Quando hai usato i rimedi descritti nel loro luogo (nella sezione ad essi dedicata), senza effetto, esamina, e se la tumescenza è dura, scura, e priva di sensazione non toccarla con uno strumento. Se è rossa, con una radice grossa, non toccarla ugualmente con uno strumento, per paura di una emorragia, ma lasciala maturare; a questo punto puoi perforarla o lasciarla scoppiare per conto suo. Ma se è di colore pallido, rotonda, con un peduncolo sottile, questo è il tipo che si dovrebbe tagliare.

Prima di operare bisogna vedere se la sua (del paziente) tumescenza infiammata è già completamente esaurita o in qualche misura diminuita. Allora fa sedere il paziente alla piena luce del sole con la sua testa sul tuo grembo. Apri la sua bocca, ed abbi un assistente davanti a te che gli spinga in basso la lingua con uno strumento come questo. Dovrebbe essere fatto di bronzo o d'argento, e sottile come un coltello. E quando la lingua è abbassata con il suo aiuto, la tumescenza ti sarà manifesta e il tuo sguardo diretto vi cadrà sopra. Allora prendi un uncino e fissalo in una tonsilla e tirala in avanti quanto più puoi, ma sta attento a non tirare via con essa qualche parte di mucosa. Poi tagliala con uno strumento di questa forma. E' come una forbice, eccetto che le sue estremità sono curve, con il becco di ognuna che incontra l'altro, e molto affilato. Dovrebbe essere fatto di ferro indiano o di acciaio di Damasco. Se non hai questo tipo di strumento, tagliala con uno scalpello di questa forma, da una parte affilato, dall'altra completamente smussato. E quando una tonsilla è stata tagliata, rimuovi l'altra esattamente allo stesso modo. Poi, dopo l'operazione, fa fare al paziente dei gargarismi con acqua fredda o aceto e acqua. Ma se si verifica una emorragia, fagli fare gargarismi con acqua in cui sia stata bollita scorza di melograno o foglie di mirto o simili astringenti finché cessa l'emorragia: poi curalo finché sarà ristabilito...

2. Sul modo di irrigare la vescica con una siringa e le forme degli strumenti che servono a questo (*Ibidem*, 30.2. 59, pp. 406-409)

Quando si produce un'ulcera nella vescica, o vi è dentro un grumo di sangue o un deposito di pus, e tu vuoi instillarvi dentro lozioni e medicamenti, questo si fa con l'aiuto di uno strumento chiamato siringa. E' fatto di argento o di avorio, cavo, con un lungo tubo fine, come una sonda, interamente cavo, eccetto per la fine che è solida con tre buchi, due da un lato e uno dall'altro come vedi. La parte cava che contiene lo stantuffo è di una misura tale da poter essere esattamente chiusa da esso, in modo che ogni liquido sia aspirato quando lo tiri su; e quando lo spingi giù è spinto in un getto, come è fatto dal proiettore quando si spruzza la nafta nelle battaglie navali. Dunque, quando vuoi iniettare un fluido nella vescica, immergi la punta della siringa nel fluido e tira su il pistone, perché il fluido sia aspirato nella cavità della siringa. Poi introducila nell'uretra come abbiamo descritto per la cateterizzazione; poi espelli il fluido per mezzo del pistone; il fluido scorrerà immediatamente nella vescica e il paziente avvertirà il suo ingresso...

3. L'escissione delle varici (*Ibidem*, 30.2. 90, pp. 594-597)

Le varici sono vene contorte e ingrossate, piene di superfluità melancoliche. Si verificano in molte parti del corpo, ma generalmente nelle gambe, in particolare nelle gambe dei corrieri, dei contadini e dei facchini. Per prima cosa devi purgare il corpo dalla bile nera, più volte, con forza; poi devi fare un salasso nella vena basilica. Il trattamento chirurgico (lett.: con il coltello) è di due tipi: uno è che si incide e si porta fuori tutto il sangue nero, l'altro è che si tira fuori la vena e si estrae.

L'incisione si fa in questo modo: prima di tutto tampona per bene la gamba (fai un impacco) con l'acqua calda finché (in modo che) il sangue denso e torbido si scioglia. Poi lega con una benda la gamba del paziente, da sopra alla (dalla parte alta della) coscia a sotto il ginocchio. Poi incidi la vena, con una incisione ampia, in un solo punto, o in due o tre punti. Poi estrai il sangue nero [premend] con la mano dalla parte bassa della gamba verso l'alto e dall'alto verso il basso, finché viene fuori, del sangue, la quantità che ti sembra sufficiente, o quella che è in grado di sopportare la forza del paziente. Poi fasciala, e ordinagli (al paziente) di astenersi dai cibi che generano la bile nera. L'evacuazione e il salasso si ripetono quando le vene si riempiono di nuovo e ciò reca danno al paziente.

L'estrazione si fa in questo modo: radi la gamba del paziente se è molto pelosa, poi fallo entrare nel bagno e fa' impacchi alla gamba con l'acqua calda finché diventa rossa e le vene si riempiono. Oppure, se non c'è bagno a disposizione, fagli fare esercizi violenti finché l'arto diviene caldo. Poi pratica una incisione longitudinale nella pelle sopra la vena, o in corrispondenza dell'estremità superiore di essa vicino al ginocchio o nella parte bassa vicino alla caviglia. Poi

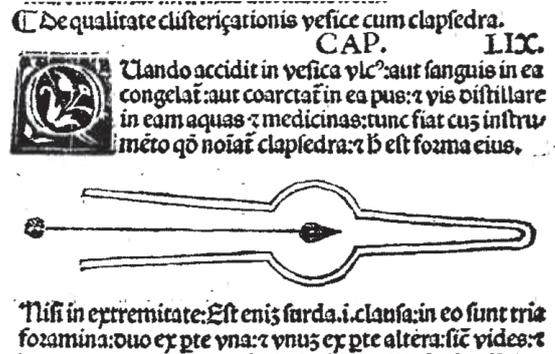


Fig. 1 - *Cyrurgia Albucasis 30.2.59 in: Guy de Chauliac, Cyrurgia parva...*, Venetis 1500, ff. 6r - 42v, f. 21v: siringa per irrigazioni.

con gli uncini apri la pelle e distacca la vena da ogni parte finché essa è tutta aperta alla vista. Quando è visibile, la vedrai di color rosso porpora (rosso scuro), e quando è liberata dalla pelle la vedrai come se fosse una corda. Allora introduci sotto di essa un bastoncino, finché, quando si è sollevata ed è uscita dalla pelle, la agganci con un uncino spuntato e levigato. Poi, vicino a quella incisione, fai un'altra incisione ad una distanza di tre dita, e distacca la pelle dalla vena finché diviene visibile. Poi sollevala con il bastoncino come hai fatto in precedenza, e agganciala con un altro uncino come hai fatto prima. Poi fai un'altra incisione o diverse altre, se ne hai bisogno. Poi estrai la vena e tagliala all'altezza dell'incisione più bassa, presso la caviglia, poi tirala ed estraila (tirala fuori) finché emerge dalla seconda incisione. Poi tirala verso l'incisione che è sopra di essa. Fa' questo finché la tiri dalla terza incisione, che è al di sopra di tutte le altre, finché è uscita tutta: allora taglia. Se non risponde ai tuoi tentativi di tirare e di estrarre, infila in un ago un filo forte e doppio, legala e tirala; introduci sotto di essa il bastoncino e gira con esso la tua mano in ogni direzione finché viene fuori; ma sta attento che non si rompa, perché se si rompe, l'estrazione totale ti sarà molto difficile e da ciò verrà un danno al paziente. Quando hai finito (l'hai estratta tutta), applica alle incisioni lana imbevuta in uno *sbarāb* (it. => sciroppo) e in olio di rose, o in olio [di oliva], e curalo (il paziente) finché si sarà ristabilito...

4. Il trattamento della dislocazione del ginocchio (*Ibidem* 30.3. 32, p. 828-9).

La dislocazione del ginocchio può essere di tre tipi: verso l'interno, verso l'esterno e verso il basso, cioè posteriore. Non c'è mai dislocazione anteriore. Per sapere se vi è dislocazione, ordina (lett.: il segno della dislocazione è che tu ordini) al paziente di flettere la gamba verso la coscia: se non raggiunge (riesce a raggiungere) la coscia, sappi che il ginocchio è dislocato. Il modo di mettere a posto tutti i tipi di dislocazione del ginocchio è far sedere il paziente con entrambe le gambe distese, se può, con un assistente che siede

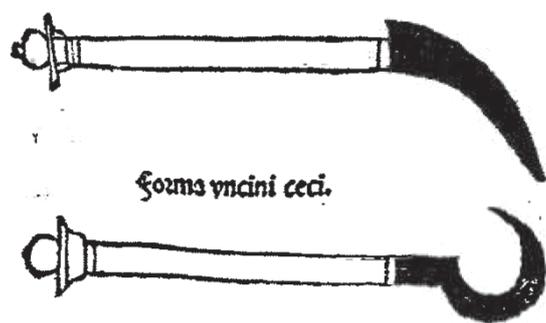


Fig. 2 - *Cyrurgia Albucasis* 30.2.36, (ed. Spink: 2.90) in: *Guy de Chauliac, Cyurgia parva...*, Venetiis 1500, ff. 6r - 42v, f. 30v: strumenti per l'estrazione di vene varicose.

dietro di lui per tenerlo per la vita e lo tenga un po' inclinato all'indietro. Poi tu devi sederti sulle sue cosce con la tua schiena rivolta verso la sua fronte e mettere la sua gamba tra le tue; poi devi applicare le palme delle tue mani al suo ginocchio, e unirle insieme allacciando le dita; poi, con le palme, devi esercitare una forte pressione su entrambi i lati del suo ginocchio, mentre un altro assistente gli tira la gamba, finché il ginocchio torna al suo posto. Il segno che il ginocchio è tornato al suo posto è che la gamba può essere flessa indietro facilmente e senza impedimento. Poi applica ad esso (ginocchio) una benda; piega la gamba sulla coscia e fasciali insieme per tre o quattro giorni; poi scioglili. Dovrebbe camminare poco per alcuni giorni finché riguadagna le forze. Ma se non puoi effettuare la riduzione con questo metodo, applica una potente estensione con le bende come descritto sopra per il trattamento dell'anca, finché torna a posto.

5. Addestramento delle levatrici su come trattare feti viventi quando non escono nel modo naturale (*Ibidem*, 30.2. 75, pp. 468-471).

Per cominciare, la levatrice deve sapere come avviene un travaglio normale. Tra i segni di questo, eccone alcuni. Se vedi che la donna sforza il suo addome e desidera respirare più aria e le doglie le vengono facilmente ed essa si affretta a spingere fuori il bambino, da questo tu sai che il travaglio seguirà un corso normale e che si presenterà la testa con la placenta o insieme con il bambino oppure attaccata al cordone ombelicale. E quando osservi questi segni sarà necessario spingere sull'addome per fare uscire rapidamente il bambino. Perché quando si presenta di testa la placenta viene giù con essa ed essa (la partoriente) è subito liberata da queste superfluità.

Ma un parto che è contrario a questo è innaturale e sbagliato. A volte il bambino è partorito dai piedi, o dalle mani, prima che dalla testa, o dai piedi, o una singola mano o piede, oppure la testa viene insieme con un piede. Oppure viene fuori tutto contorto, mostrando per primo la nuca del collo, o in altre posizioni sbagliate. Così la levatrice deve avere sapienza e destrezza ed essere accorta in tutti questi casi e guar-

darsi da insuccessi ed errori. Io spiegherò la tecnica da seguire in questi tipi di parto in modo che essa possa essere istruita e informata di tutti.

Quando il feto viene fuori dalla testa nel modo normale e tuttavia vedi che il parto è di grande difficoltà per la donna, e vedi che le sue forze stanno venendo meno, allora falla sedere su una sedia, tienila saldamente e fomenta il suo grembo in un decotto di fienogreco e olii blandi. Poi la levatrice dovrebbe tenere tra due dita un piccolo scalpello e praticare una incisione nella membrana fetale, o aprirla con l'unghia del dito per permettere alle acque contenute di scorrere via; ed esercitare una pressione sull'addome della donna finché il feto viene fuori. Ma se non uscirà allora la donna dovrebbe ricevere un clistere di mucillagine di fienogreco con olio di sesamo. Poi dopo il clistere, ordinale di premere e con ptarmica stimolarla a starnutire; chiudile la bocca ed il naso per un attimo e il feto verrà fuori alla svelta.

Se si presentano le mani del feto, dovresti lentamente e gentilmente spingerle indietro, e se non vanno indietro, allora metti la donna su di una sedia con i piedi alzati, e intanto muovi la sedia; ma la donna dovrebbe essere tenuta durante il movimento perché non cada. Ma se le mani non vanno indietro e il feto è morto, tagliale (le mani) e tira fuori quel che rimane. Oppure lega dei nastri alle mani e tirale fuori con calma, e verrà fuori.

Presentazione podalica: quanto il feto si presenta con i piedi, per prima cosa tu dovresti alzarli entrambi, poi dovresti molto gentilmente girare il feto in modo da raddrizzarlo. Poi prendi uno dei piedi e tiralo gentilmente. Quando vengono fuori fino alle anche, ordinale di premere, falla starnutire con ptarmica, e verrà fuori. Ma se non verrà fuori con questi mezzi che abbiamo descritto, dovresti rigirare gentilmente il feto finché lo avrai posto nella posizione naturale; allora verrà fuori facilmente.

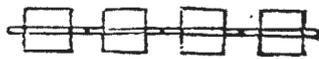
Ma se sfida tutto ciò che abbiamo descritto, prendi mucillagine di altea, fienogreco, olio di sesamo e gomma disciolta, pestali bene insieme nel mortaio e ungi i genitali della donna e la parte bassa del suo addome, poi falla sedere in acqua calda fino alle costole. E quando vedi che le parti basse sono ammorbidite, fa una supposta di mirra e fagliela mettere, e quando ha preso la supposta, in un attimo falla starnutire, chiudendole il naso e la bocca, e premi gentilmente sull'addome; allora il feto emergerà immediatamente...

Nonostante il ruolo di primo piano che gli è riconosciuto nella storia della medicina, il *Tasrif* è forse ancora troppo poco indagato; ciò può dipendere anche dal fatto che dei suoi manoscritti molti non contengono l'intera opera, ma solo, come spesso avveniva in questi casi, singole parti copiate dagli interessati, e non sempre in bella scrittura. Dopo la prima traduzione in una lingua moderna europea, pubblicata da Leclerc nel 1861, alcuni studi rilevanti sono stati tuttavia effettuati

Secundus

cum filo aureo qm̄ argentū fit viride ⁊ putrefit post dies. Sed anā nūq̄ marat. ⁊ fit filiū mediuz in subtilitate ⁊ gro. licie ⁊ in quantitate q̄ capiat inter dentes. Et forma quidē retentionis est vt accipias filiū ⁊ intromittas duplū eius inter duos dētes sanos. deide tepeas cū duabus extrimitatib⁹ filiū inter dētes motos. vn⁹ fit aut plures donec quētiās cū reia vīq; ad dentē sanū alteri⁹ partis. deide itera tepeas vīq; ad partē a qua icēpisti: ⁊ stringe manū tuā cū subtilitate ⁊ sapientia: donec nō remoueat̄ur proliū: ⁊ sit cōstrictio tua qua stringis filiū apud radices dentū vt nō euadat. deide icide extremitates filiū superfluentes cū forficibus: ⁊ aggrega vtrūq; ⁊ conuerte eas cum gestū ⁊ occulta ipsas inter dentē sanū ⁊ dentē motus vt nō ledat linguā. deinde dimittat̄ ita stricturn dum remanet. Si autē soluit̄ aut inciditur stringe eos cum filo alio ⁊ stabit cū eo taliter spe toto. hec est forma dētiū.

Et figura retario, nis duoz dentiu sanoz ⁊ duozum dentiu motorū sic



cut vides. Et qñq; fit vt redeat dens vnus aut duo post casum vtriusq; in locis suis ⁊ retentur sicut narrauimus: ⁊ remaneat: nō facit illud nisi artifex prudens pariens. Et qñq; aptat̄ aliqđ ex ossib⁹ vacanis: ⁊ fit ex eo siē forma dentis ⁊ ponit̄ in loco ex quo minuit̄ dens ⁊ stringit̄ sicut diximus: ⁊ remanet: ⁊ seruit̄ cū eo rēpoze longo.

De incisione ligamētū qđ accidit sub lingua: ⁊ prohibet loquelam. CAP. XXXIII.



Uandozq; hoc est ligamētū qđ accidit sub lingua: aut naturalis cū quo nascit̄ hō. aut accidentale a vulnere qđ iam cōsolidatus est. Et operatio in eo est vt aperias os infirmi in capite eius in sinu tuo: ⁊ eleua linguā eius: deinde incide illud ligamētū neruosuz per latitudinē donec soluat̄ur lingua a retentiōe sua. Et si in eo fuerit gōdā duriciē ⁊ nodationis: ⁊ fuerit illud ex cōsolidatiōe vulneris: tūc pyce in illud vncinū: ⁊ fide illud per latitudinē donec incidas ligamētū ⁊ soluat̄ur nodatio. Et caue ne sit fissura in pfundo carnis: ⁊ incidas arteriaz illic: ⁊ accidat fluxus sanguinis. Deinde colluat̄ur in vestigio incisionis cum aqua rosata: aut cum aceto: aut aqua frigida. Deinde pone sub lingua licinium ex lino qđ teneat̄ infirmus in omni nocte: vt non cōsolidetur secūdo. Si autem accidat fluxus sanguinis: tunc pone super locum zegi tritum. Si vero vincit te sanguis: tunc cauteriza locum cui⁹ cauterio lentiginoso qđ cōuenit ad illud: deide cura ipm̄ cum reliqua curatiōe donec sanetur.

De exētiōe ranule q̄ fit sub lingua. CA. XXXV.

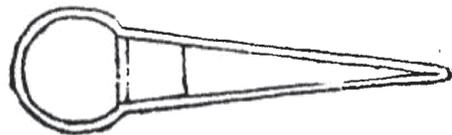


Uandozq; accidit sub lingua apostēa qđ assimilatur rane parue: pbibens linguaz ab operatione sua naturali: ⁊ fortasse magnificatur adeo donec implet os. Et operatio in eo est vt aperias os infirmi coram sole: ⁊ considera apostema. Si ergo vides ipsuz fusci coloris: aut nigri durum: cui non inuenit̄ infirmus sensum: tunc non tangas ipsum: quoniam est cancer: ⁊ si est decliue ad albedinem in quo est humiditas: tunc proyece in ipsuz vncinū: ⁊ incide ipsum cum spatumili subtili: ⁊ libera ipsum ab omni parte. Et si viciit te sanguis in boza tue operatiōis: tūc pone super ipsum zegi tritum: donec abscindat̄ sanguis: deide redi ad opationē tuaz dōec extrahas ipm̄ cū cōplemento eius. deide colluat̄ cū aceto ⁊ sale: ⁊ cura ipm̄ reliqua curatiōe cōueniente ad illud donec sanet̄.

De curatiōe apostematis duarum amigdalorum. CAP. XXXVI.



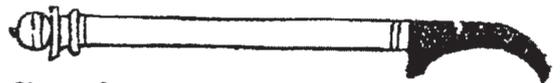
Uandozq; accidit inter guttur godad. i. glandule que simulant̄ algodad q̄ accidunt de foris ⁊ noiant̄ due amigdale: quas qñ curas cū eo qđ dixim⁹ in diuisiōe: ⁊ nō sanant̄: tūc cōsidera. Et si ḡ est apā durz fusci coloris: pauca sensus: tūc nō tangas ipm̄ cū ferro. Et si est rubei coloris ⁊ radix ei⁹ est grossa: tūc nō tangas ipm̄ et cū ferro tūmens fluxū sanguinis: imo dimitte ipm̄ donec maturet̄. Et tunc aut pforabis ipsuz: aut rūpetur per se: ⁊ si est albi coloris rotundū: ⁊ est radix eius subtilis: tūc hoc est illud qđ opz incidi. Et opatio in ipso est vt cōsideres ante operationē suā si quieuit̄ apā eius calidū quiete cōpleta: aut iminuit̄ quadā diminutiōe. tūc ergo fac federe infirmum corā sole: ⁊ caput eius fit in sinu tuo: ⁊ aperi os eius: ⁊ accipiat̄ seruēs inter man⁹ suas ⁊ pmat̄ linguā eius inferius cum instrumento: cuius bec est forma.



Siat ex argento aut ere qđ sit subtile sicut cultellus. Luz ergo premis cum eo linguam ⁊ ostenditur tibi apā: ⁊ caudit super ipm̄ visus tuus: tūc accipe vncinū ⁊ fige ipm̄ in amigdalā: ⁊ extrabe eā ad exteriora q̄ tu potes: preter q̄ trabas cum ea aliquid ex tunicis. deinde incide eam cum instrumento: cuius bec est forma.



Assimilat̄ forficibus. verūtñ extremitates eius sint curuatae ⁊ ostificum cuiusq; eaz: est in directo alteri⁹ acute valde: qđ sit ex ferro indo aut alfulca ibibitū. Si autē nō ē pns h̄ instrū: tūc iciae ipm̄ cū spatumili: c⁹ h̄ ē for⁹.



Sit acutū a parte vna: nō acutū a parte altera. Et post q̄ incidis amigdalā vnā incide alterā fm̄ hāc eandēz ipm̄ incisiōis. Deide post incisionē gargarizet̄ infirmus cū aq̄ frigida: aut cū aceto ⁊ aqua. Si aut accidat ei fluxus sanguinis: gargarizet̄ cū aqua i qua bulliti sunt cortices granatorū: aut folia mirti: ⁊ filia illis ex stipiticis dōec abscindat̄ fluxus sanguis: deide cura ipz donec sanet̄. Et qñq; nascunt̄ in gutture apata alia: pter amigdalas duas. Incide ergo ea fm̄ qđ dixi in incisiōe duaz amigdalaz equa-liter. Et ego quidē iam medicatus sui mulierē ex apostemate qđ natū erat inter guttur eius. I. apostema qđ trababatur ad sulcedinē pauci sēsus: qđ iā fere clauserat guttur: ⁊ mulier respirabat a meatu stricto: ⁊ iam prohibuerat ei comestionem ⁊ potum aque: ⁊ iam peruenerat ad mortem: si remansisset vno die aut duobus dieb⁹. Et apostema tārtū ascenderat q̄ emiserat duos ramos: donec exierant super duo foramina nasi. Propterani ergo festinanter ⁊ fixi in vnum corūz vncinū. deinde traxi ipsum: ⁊ tracta ex eo est porcio magna. Deinde abscidi eam vbi cōsprebendi ex foramine nasi. Deide feci illud ei qđ procepsit ex foramine nasi altero. Deinde aperui os ei⁹ ⁊ pressi linguam eius: ⁊ postea fixi vncinū in ipm̄ apā: deinde abscidi ex eo partē ei⁹: ⁊ non currit̄ ex eo nisi sanguis pauca: absolūtū est ḡ gustū mulieris ⁊ cepit̄ statū bibere aq̄.

Fig. 3 - Cyrurgia Albucasis 30.2.36, in: Guy de Chauliac, Cyrurgia parva..., Venetiis 1500, ff. 6r - 42v, f. 17r: a destra gli strumenti utilizzati nella tonsillectomia, a sinistra la legatura dei denti instabili.

sia nell'ambito di storie generali della medicina e della chirurgia che in ricerche dedicate specificamente a Zahrāwī. Altri studi condotti su trattati del *Taṣrif* che precedono il trentesimo, e in particolare su sezioni dedicate alla farmacologia, costituiscono recenti e interessanti aperture volte a riconoscere il valore di al-Zahrāwī oltre che come chirurgo e come internista, come membro di spicco della comunità scientifica e della società musulmana di Spagna degli inizi dell'XI secolo.

*Laureata in Chimica e in Lettere, docente, fino al 2011, presso il Dipartimento di Studi Orientali dell'Università di Roma La Sapienza (corso di Storia delle filosofie e delle scienze musulmane), e attualmente in pensione, Paola Carusi compie ricerche sulla storia della scienza arabo-islamica, e in particolare su alchimia, medicina e scienze della vita. È autrice di libri e di articoli pubblicati su riviste italiane e straniere; tra questi: Contraccezione maschile e terapie dolci nel Medioevo islamico, Medicina nei Secoli Arte e Scienza 13.3 (2001), pp. 523-548; Il filosofo e il marinaio: alchimia islamica e medicina alle prese con la natura, in: C. Crisciani A. Paravicini Bagliani (a cura di), Alchimia e medicina nel Medioevo, Firenze, SISMEL - Edizioni del Galluzzo, 2003, pp. 19-31 (Micrologus' Library 9); Lo zafferano e il geco. Le scienze della vita nella società islamica del Medioevo, Roma, Carocci, 2007; Età avanzata e qualità della vita nel Canone di Avicenna, in: C. Crisciani L. Reppi P.B. Rossi (a cura di), Vita Longa. Vecchiaia e durata della vita nella tradizione medica e aristotelica antica e medievale, Firenze, SISMEL - Edizioni del Galluzzo, 2009, pp. 41-60 (Micrologus' Library 33); Tra filosofia, medicina e alchimia. Averroè e la questione delle 'umidità radicali', in: G. Orofino A. Roselli A. Sannino (a cura di), Atti del Simposio Elisir mercuriali e immortalità. Capitoli per una storia dell'alchimia nell'antica Eurasia, Napoli, Università degli Studi di Napoli "L'Orientale", 5-6 novembre 2013, in corso di stampa.*

#### Bibliografia essenziale

- 1) Albucaſis, *On surgery and instruments. A definitive edition of the arabic text with english translation and commentary*, M.S. Spink G.L. Lewis edd., Berkeley Los Angeles, University of California Press, 1973.
- 2) Champier S., Arnaldi Vita, in: *Arnaldi de Villanova medici acutissimi opera nuperrime revisa...*, Lyon, G. Huyon, 1520.
- 3) Chavoushi S.H., Surgery for gynecomastia in the Islamic Golden Age: al-Taṣrif of al-Zahrāwī (936-1013 AD), ISRN Surgery 2012 (2012), Article ID 934965, 5 pages (<http://dx.doi.org/10.5402/2012/934965>).
- 4) Donaldson I.M.L., The Cyurgia of Albucaſis and others works, 1500, J Roy Coll Phys Edimburgh 41.1 (2011), pp. 85-89.
- 5) Hamarneh S.K., al-Zahrāwī, in: *Dictionary of Scientific Biography*, C.C. Gillispie ed., XIV, New York, C. Scribner's Sons, 1976, pp. 584-5.
- 6) Hamarneh S.K. G. Sonnedecker, *A pharmaceutical view of Abulcasis al-Zahrāwī in Moorish Spain*, Leiden, Brill, 1963.
- 7) Ibn Abī Uṣaibi'a, *Uyūn al-anbā' fī ṭabaqāt al-aṭibbā'*, vv 2., al-Qāhira, al-maṭba'at al-wahhabīya, 1882.
- 8) Ibn al-'Awwām al-Iṣbīlī, *Le livre de l'agriculture*, trad. fr. J.J. Clement Mullet, vv. 3, Tunis, Bouslama, 1983 (I ed. Paris, Librairie A. Frank, 1864-1866).
- 9) Ibn al-Baitār, *al-Ġāmi' li-mufradāt al-adwiya wa al-aqbdhiya*, vv. 4 in tt. 2, [al-Qāhira], Dār al-Madīna, [1874].
- 10) Ibn Futūḥ al-Ḥumaidī, *Ġadhwat al-muqtabis*, ed. M. b. T. al-Tanjī, al-Qāhira, Maktab nashr al-thaqāfat al-islāmīya, [1953].
- 11) Issa Bey A., *Histoire des bimaristans (hôpitaux) à l'époque islamique*, Le Caire, Imprimerie Paul Barbey, 1928.
- 12) Kaadan A.N. M. Angrini, Who discovered hemophilia?, J Int Soc History Islamic Med 8-9 / 15-16-17-18 (2009-2010), pp. 46-50.
- 13) Leclerc L., *Histoire de la médecine arabe*, vv. 2, Paris, E. Leroux, 1876, I, pp. 437-457 (rist. anast. Rabat, Ministère des habous et des affaires islamiques Royaume du Maroc, 1980).
- 14) Leclerc L., *La Chirurgie d'Abulcasis*, Paris, J.-B. Bailière, 1861.
- 15) Leo Africanus (attribuito a), De viris quibusdam illustribus apud Arabes, in: J.H. Hottinger, *Bibliothecarius quadripartitus*, Tiguri, M. Stauffacher, 1664.
- 16) Maqqarī al-, *Analectes sur l'histoire et la littérature des arabes d'Espagne*, R. Dozy et al. edd., tt. 2, Amsterdam, Oriental Press, 1967.
- 17) Rogerius Salernitanus. Chirurgia Magistri Rogerii, in: *Collectio Salernitana II*, Napoli, Sebezio, 1853 (rist. anast. Napoli, D'Auria, 2001).
- 18) Savage-Smith E., al-Zahrāwī, in *The Encyclopaedia of Islam. New Edition*, XI, Leiden, Brill, 2002, pp. 398-399.
- 19) Savage-Smith E., Médecine, in: *Histoire des sciences arabes*, sous la direction de R. Rashed, III. *Technologie, alchimie et sciences de la vie*, Paris, Seuil, 1997.
- 20) Turgut M., Surgical scalpel used in the treatment of "infantile hydrocephalus" by Al Zahrāwī (936-1013 A.D.), Child Nerv Syst, 25.9 (2009), pp. 1043-1044.
- 21) Zahrāwī al-, *Un tratado de estética y cosmética en Abulcasis*, tr. L. M. Arvide Cambra, [Granada], Grupo editorial universitario, 2010.
- 22) Zahrāwī al-, *Tratado de pastillas medicinales según Abulcasis*, tr. L. M. Arvide Cambra, Almería, Universidad de Almería, 1996.
- 23) Zahrāwī al-, *Un tratado de odontoestomatología en Abulcasis*, tr. L. M. Arvide Cambra, Almería, Universidad de Almería, 2003.
- 24) Zahrāwī al-, *Un Tratado de oftalmología en Abulcasis*, tr. L. M. Arvide Cambra, Almería, Universidad de Almería, 2000.
- 25) Zahrāwī al-, *Un tratado de polvos medicinales en al-Zahrāwī*, tr. L. M. Arvide Cambra, Almería, Universidad de Almería, 1994.
- 26) Zanolio B., Fabrici, Girolamo, in: *Dictionary of Scientific Biography*, C.C. Gillispie ed., IV, New York, C. Scribner's Sons, 1971, pp. 507-512.

## La Scuola internistica di Alessandro Beretta Anguissola

Alessandro Rappelli (*Ancona*), Ettore Bartoli (*Novara*)

Alessandro Beretta Anguissola nacque a Travo (Piacenza) il 22 Dicembre 1913. Compì gli studi classici a Firenze ove si laureò nel 1936, non ancora ventitreenne, con il Prof. Pio Bastai che seguì, nel 1939, come giovane assistente alla Clinica Medica di Padova. Crebbe scientificamente, insieme al Prof. Gino Patrassi, nell'ateneo pavese sino al 1950 quando seguì il Maestro Bastai alla Clinica Medica di Torino. Nel 1951 vinse la cattedra di Patologia Medica di Sassari dove fu raggiunto da Gian Franco Dal Santo e da Francesco Saverio Feruglio dando così il via alla creazione della Scuola. Quando poi nel 1956 venne chiamato a dirigere la Patologia Medica di Perugia si trasferì nel capoluogo umbro con al seguito gli allievi sassaresi Salvatore Campus, Giuseppe Pino e Baingio Migheli. Nel trasferimento successivo del 1959 alla Patologia Medica di Torino lo seguirono anche Carlo De Martinis, Livio Chiandussi e Franco Pupita. Il gruppo che arrivava quindi a Torino, già consistente come numero e decisamente valido per potenzialità, si arricchiva innanzitutto di alcune personalità cliniche già presenti ed appartenenti alla scuola di Giulio Cesare Dogliotti come Vincenzo Prato, Vinicio Nazzi, Dario Indovina, Giorgio Bert e Guglielmo Pandolfo. Nel giro di pochissimi anni poi si inserirono altri giovani, sia provenienti da altre università italiane, come Ettore Bartoli, Renato Lauro, Piero Zardini e Paolo Russo, e sia neolaureati "torinesi" come Fabrizio Fabris, Domenico Fonzo, Eugenio Uslenghi, Alessandro Rappelli, Valerio Gai e Lucetta Gastaldi solo per citarne alcuni fra quelli che assisteranno sin dall'inizio al formarsi del "gruppo". Dopo essere stato Preside della Facoltà di Medicina e membro del Consiglio del CNR, nel 1972 il Prof. Beretta Anguissola fu chiamato a Roma alla IIA Clinica Medica sino ad allora diretta dal Prof. Cataldo Cassano dal quale ereditò gli allievi essendo stato seguito a Roma, degli allievi torinesi, soltanto da Renato Lauro. Oltre ad essere stato Presidente della Società Italiana di Medicina Interna, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, Presidente dell'Istituto di Medicina Sociale, il Prof. Beretta Anguissola diresse la 2° Clinica Medica fino al 1984, quando fu collocato fuori ruolo. Egli, tuttavia, continuò a seguire le problematiche universitarie e sanitarie nazionali nonché quelle dei suoi allievi sino alla morte che lo colse a Fano nel Luglio del 2002.

La Scuola del Prof. Beretta Anguissola ha avuto ed ha tuttora una connotazione scientifica in larga misura orientata alle malattie cardiovascolari ed endocrino metaboliche. Già durante il periodo perugino il Prof. Beretta diede alle stampe il volume "Malattie dell'apparato cardiocircolatorio" e nei primi anni del periodo torinese l'impegno scientifico dell'Istituto di Patologia Medica fu condensato nella Relazione "Fisiologia della circolazione viscerale distrettuale" al 64° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna. Ma fu proprio a Torino che l'Istituto di Patologia Medica vide nascere e svilupparsi numerosi gruppi di ricerca nei vari campi della Medicina Interna: il filone gerontologico-geriatrico con Francesco Saverio Feruglio poi seguito da Fabrizio Fabris, Mario Molaschi e Carmine Macchione; quello endocrino metabolico con Carlo De Martinis, Renato Lauro, Domenico Fonzo e Renato Doglio, quello ematologico con Vincenzo Prato, Umberto Mazza ed Eugenio Gallo, quello nefrologico con Franco Pupita ed Ettore Bartoli, quello di immunologia clinica con Giorgio Bert, Anna Massaro e Donatella Lajolo, quello pneumologico con Giuseppe Pino, Ambrogio Chiesa, Luigi Balbi, Giuliano Ciappi ed Alessandro Dolcetti, quello epatologico con Livio Chiandussi, Luigi Cesano, Gianfranco Sardi e successivamente Mario Rizzetto ed infine nell'ambito cardiovascolare la creazione di una delle prime Unità Coronariche in Italia affidata a Salvatore Campus e successivamente a Piero Zardini ed il contributo alla nascita e crescita della Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa da parte di Salvatore Campus e Alessandro Rappelli a loro volta seguiti poi da Nicola Glorioso, Paolo Dessì Fulgheri, Paolo Madeddu, Riccardo Sarzani, Franco Veglio, Paolo Mulatero e Leonardo Sechi per citare i più conosciuti anche a livello internazionale.

Dal primo nucleo di allievi arricchito da quelli torinesi è iniziata all'inizio degli anni '70 la ramificazione della Scuola con gli insediamenti accademici di Feruglio prima a Torino e poi a Trieste, di De Martinis e Russo ad Ancona di Campus a Sassari dove si affermarono anche Rappelli, Chiandussi e Bartoli, Zardini in cardiologia a Verona ed il trasferimento del Professor Beretta a Roma con Lauro. Negli anni '80 poi, dopo il collocamento fuori ruolo del Maestro, ci furono vari spostamenti di De Martinis a Roma, Chiandussi

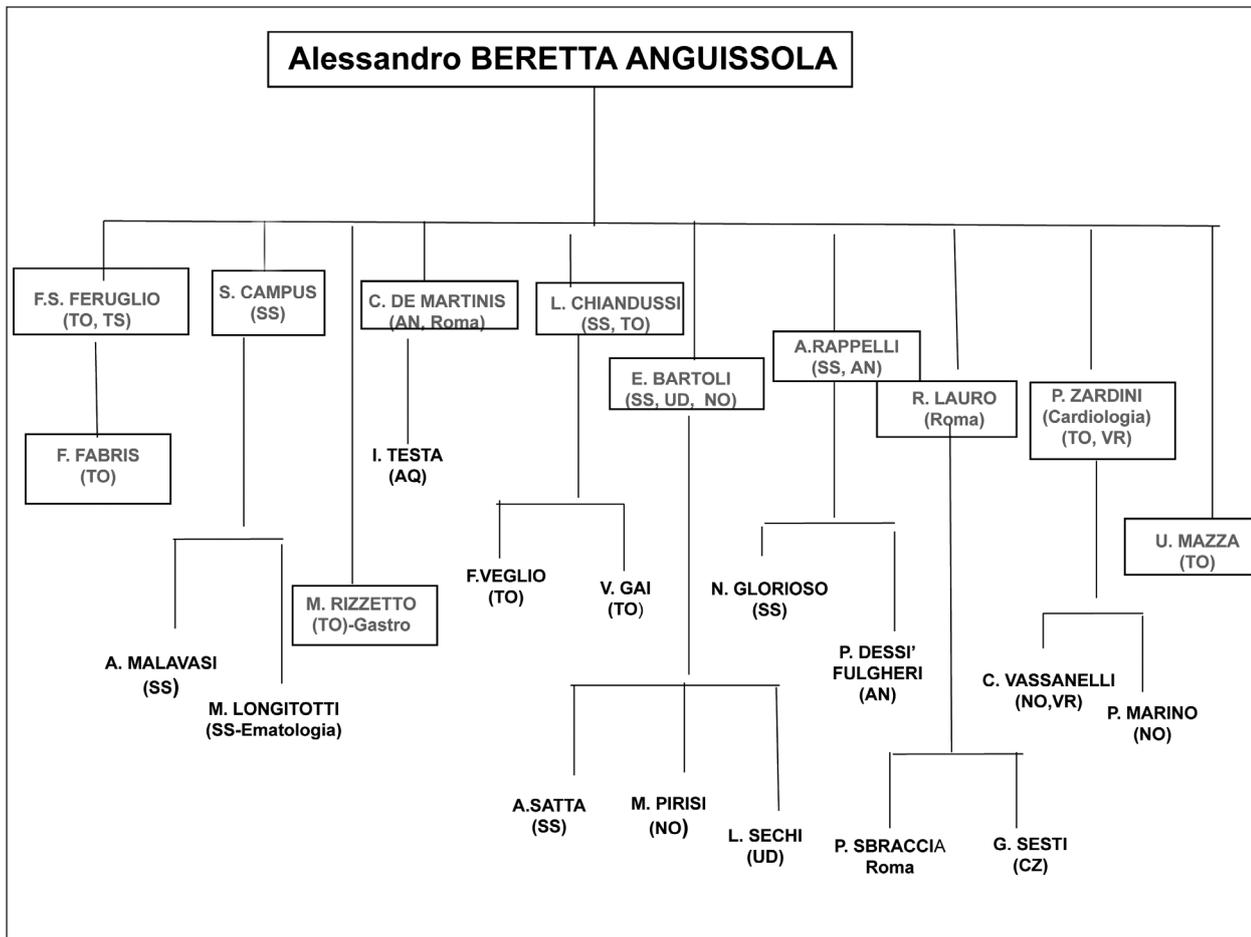


Fig. 1 - Professori Ordinari della Scuola del prof. Alessandro Beretta Anguissola. Nei riquadri i Professori che hanno conseguito il ruolo durante la vita accademica del Maestro e, fuori dai riquadri i loro Allievi.

a Torino, Rappelli ad Ancona e Bartoli ad Udine e successivamente a Novara. Nel frattempo altri allievi raggiungevano l'ordinariato come Fabrizio Fabris in Geriatria, Mario Rizzetto in gastroenterologia, Umberto Mazza in ematologia a Torino, Lauro a Roma ove divenne prima Preside e poi Rettore a Tor Vergata. Numerosi poi gli allievi di seconda generazione che hanno raggiunto posizioni accademiche di vertice nelle varie sedi. La figura che rappresenta l'albero genealogico della Scuola riporta, per ragioni di spazio, solo i nominativi dei professori di prima fascia ma molti sono quelli di seconda fascia nonché i primari ospedalieri che costituiscono una grande famiglia che ha contribuito significativamente all'affermazione della Medicina Interna e delle sue branche in Italia e all'estero.

Il Prof. Beretta Anguissola era una personalità ricca di fascino, sicuro, sorridente, elegante nel tratto, nel portamento, nel porsi agli altri,

nell'incedere, nel gestire, nobile nel portamento, nel distacco che lasciava trapelare, senza volerlo, un senso di superiorità vissuta con leggerezza, senza pompa o prosopopea, con un modo di fare che induceva rispetto. Le sue lezioni di Patologia Medica erano sempre affollatissime e seguitissime per la chiarezza espositiva e per la capacità di collegare la fisiopatologia con la spiegazione dei segni e sintomi in una visione clinica moderna e ragionata.

Sua grande passione e motivazione era poi la Ricerca Scientifica, l'Istituto inteso come promozione della Scienza e della formazione. Vide immediatamente la discrepanza fra i dati, originali e innovativi, ottenuti sul circolo coronarico, e la limitatezza della loro diffusione, che avveniva prevalentemente a livello nazionale. Capì lucidamente come fosse urgente la transizione verso l'Inglese, il nuovo latino scientifico. Perciò, incoraggiò ed aiutò gli allievi ad andare in Inghilterra

e negli Stati Uniti, per poter operare il salto di qualità verso la proiezione internazionale della Ricerca. Fu così che Chiandussi, Campus, Zardini, Rappelli, Chiesa, Cesano, Fonzo, Sardi, Gallo, Lauro, Rizzetto, e tanti altri andarono all'estero e riuscirono ad imprimere la svolta voluta dal Maestro al loro ritorno in Istituto, che si affacciò quindi al palcoscenico della Ricerca Internazionale.

In corsia sapeva mettere i malati a proprio agio e conquistarne la fiducia dimostrando che i pazienti non vogliono parolone, spiegazioni tecniche, statistiche, probabilità, cercano un Medico del quale avere fiducia, e questa uno se la gioca nei primi due minuti del contatto. Il Prof. Beretta questa consapevolezza la aveva innata, e in due minuti sapeva conquistare la fiducia, la stima, il rispetto del paziente. Non cercava diagnosi astruse o improbabili per stupire, ma atteggiamenti concreti che aiutavano.

La Sua vera opera, di Docente, di Medico, di Ricercatore, di Manager della Ricerca e del progresso, si svolse a Torino.

Fu a Torino che impostò lucidamente un progetto e lo perseguì, controcorrente, tra i contrasti, con una serenità che simulava un apparente distacco, mentre nascondeva, perché irrituali in un aristocratico, le virtù contadine: la tenacia, la convinzione, la continuità, la costanza con cui portava avanti il suo progetto, forte della fede nel progresso, nella convinzione di poter migliorare uomini e cose tramite l'educazione, la ricerca, l'intelletto, la pietas intesa come umanità verso i malati. Non si lasciò mai scoraggiare dalle avversità, perché era terribilmente realista, perseguiva obiettivi e tappe raggiungibili, e non mollava finché non le avesse raggiunte, senza farsele più scappare. Sapeva coniugare il sogno con obiettivi realisticamente conseguibili, con praticità e prammatismo. Vedeva lucidamente il percorso, e lo seguiva rispettandone le tappe e le scadenze.

Se ne andò da Torino, dove aveva dato tutto, perché colpito nell'autostima, nella persona, nell'impegno che sentì degradato da una indagine insensata quanto violenta ed accanita, che finì, come doveva finire, nel fatto non sussiste.

A Roma ottenne gli onori tardivi della senescenza, la Presidenza del Consiglio Superiore di Sanità, dell'Istituto di Medicina Sociale, della Medicina Interna.

Ebbe gli attestati, i riconoscimenti, le croci da cavaliere.

Il Professore non ebbe figli. I figli di Beretta sono stati i suoi allievi. Ha voluto bene loro come un padre, come un padre li ha motivati, educati alla Scienza ed alla professione, li ha aiutati, indirizzati, incoraggiati, temprati alla tenacia, all'impegno, alla intellettualità, allo studio, all'intraprendere un percorso, a seguire un disegno, prefigurarsi obiettivi che avessero valore per sé, per la comunità, per la patria, per il malato, per le generazioni a seguire.

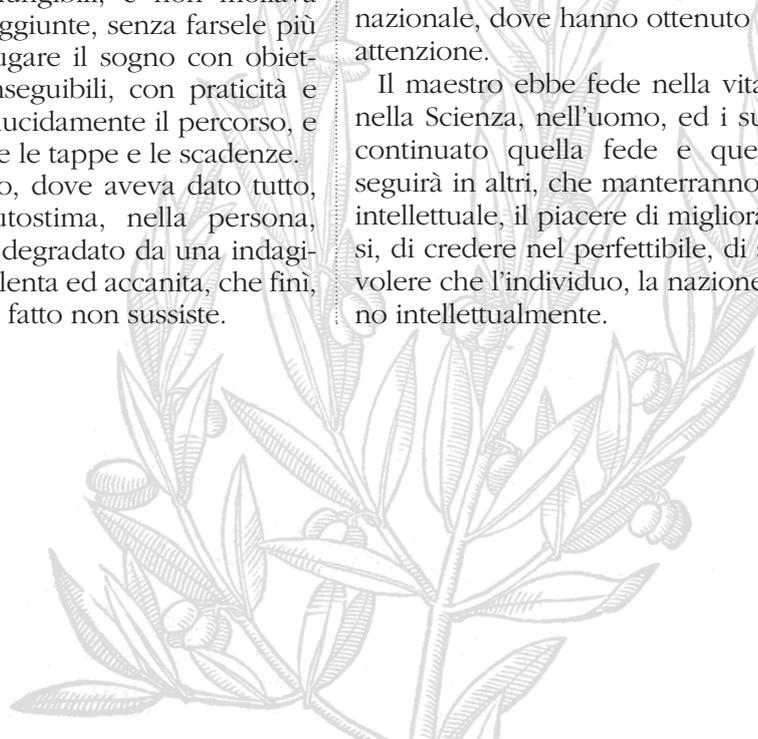
Come un padre, quando furono maturi, li fece camminare con le loro gambe, perché sceglieressero la loro strada e la percorressero liberamente.

Come tutte le persone veramente intelligenti, non tenne mai alcuno al guinzaglio, certo della superiorità della libertà.

Ha creato una Scuola, una Scuola medica, un percorso scientifico comune fatto di percorsi individuali convergenti nel valore comune della ricerca, dell'innovazione e del futuro.

Questa Scuola ha impresso soprattutto a Torino l'orma lasciata dal Maestro, ne ha seguito la traccia, ed ha fatto parte attiva del tessuto sociale delle città ove è stata presente con Ricercatori, Primari, Docenti, professionisti che hanno contribuito al progresso ed all'affermazione della Scienza e della Sanità ed ha lasciato testimonianze, idee, risultati, contributi in campo nazionale ed internazionale, dove hanno ottenuto riconoscimenti e attenzione.

Il maestro ebbe fede nella vita, nel progresso, nella Scienza, nell'uomo, ed i suoi allievi hanno continuato quella fede e quell'impegno, che seguirà in altri, che manterranno viva la curiosità intellettuale, il piacere di migliorarsi, di sacrificarsi, di credere nel perfettibile, di avere un fine, di volere che l'individuo, la nazione, l'uomo avanzino intellettualmente.



# AMEE 2014: Excellence in Education - The 21<sup>st</sup> Century Teacher

## Meeting in Milan from the 30<sup>th</sup> August to the 3<sup>rd</sup> September 2014

Giuseppe Familiari, Fabrizio Consorti (Rome's Sapienza University, Italy)

### Abstract

*The next Congress of the International Association for Medical Education (AMEE), will take place in Italy, in Milan, between the 30th August and the 3rd September 2014. Both the choice of Italy and of the Congress's main topic, Excellence in Education - the 21st Century Teacher, undoubtedly make the event an important and unique opportunity to refresh one's knowledge and knowhow while contributing to the internationalisation of medical and health-care education - already a reality in Italy - a chance not to be overlooked or missed.*

### Introduction

The next Congress of the International Association for Medical Education (AMEE), will be held in Italy, in Milan, between the 30<sup>th</sup> August and the 3<sup>rd</sup> September 2014. Both the choice of Italy and of the Congress's main topic *Excellence in Education - the 21<sup>st</sup> Century Teacher*, undoubtedly make the event an important and unique opportunity to refresh one's knowledge and knowhow while contributing to the internationalisation of medical and health-care education, something that has been going on in Italy for some time now, under the guidance of the Permanent Conference of Degree Courses in Medicine and Surgery (Lenzi, 2012; Familiari et al., 2013). This aspect of medical education has long become an ineluctable feature not only of the various core curriculum skills foreseen, but has also become a part of the formal documentation of academic achievement, as one of the foci around which new learning-teaching and assessment strategies, methodologies and approaches are built, and one of the chief means by which to address medical and health-care education and training issues and the define the leading role the Italian University must play in the field of medical education and health-care management.

This process of internationalisation needs to be grounded in the excellence of the medical teaching profession and referred to the highest standards determined by processes of global renewal; it must also remain associated with institutional leadership, availability of adequate resources, the possibility of recognising didactic excellence, but, above all, it needs to be rooted in an accurate definition and appraisal of procedures and results (Lenzi, 2012; Familiari, 2013; Familiari et al., 2013).

### Next year's AMEE Congress in Milan

As stated elsewhere, AMEE ([www.amee.org](http://www.amee.org)) is undoubtedly one of Europe's most important international associations, given the size of its membership and the scholarly excellence of its annual conferences which represent one of its chief strong points (Familiari, 2013, Familiari and Consorti, 2013).

The AMEE conference in Milan will provide an opportunity for all interested in medical and health-care educational issues to meet and learn about what is new in the field, share ideas and network with colleagues from all over the world. Three thousand participants from one hundred countries are expected, bringing with them a wealth and broad range of cultural experiences, and making this the largest ever international medical and health-care education annual conference.

As a teacher or trainer, a dean or course organizer, educationalist or researcher, administrator or student, participation at Milan 2014 edition of AMEE Congress will provide an important opportunity to follow key developments in curriculum planning, approaches to teaching and learning, assessment methods, educational management, and evidence-informed teaching. Each participant will be given the opportunity to present his/her own work to enthusiastic and like-minded colleagues.

### The Sessions of the Congress

The AMEE conference sessions will cover a continuum of education in medicine and the health-care professions from undergraduate to postgraduate levels, on to continuing professional development.

The sessions include:

- The Preconference Programme, Saturday 30<sup>th</sup> and Sunday 31<sup>st</sup> August
- Essential Skills in Medical Education (ESME) courses;
- Full-day and half-day preconference workshops;
- The Main Conference Programme, Sunday 31<sup>st</sup> August to Wednesday 3<sup>rd</sup> September
  - Plenary presentations by internationally renowned speakers;
  - Symposia providing the opportunity to discuss subjects of topical interest, with short presenta-

tions of different perspectives;

- Short communications sessions with a series of themed papers from submitted abstracts;
- Presentations of a series of themed posters from submitted abstracts;
- Conference workshops on practical topics, offering maximum interactivity with the presenters;
- An exhibition with commercial and academic stands representing the latest developments in the medical and health-care educational field.

Important dates for your Diary

- 12th January 2014: cut-off date for submission of Research Papers and PhD Reports\*;
- 6th February 2014\*\*: cut-off date for submission of Short Communications, Posters, Conference Workshops and Fringe abstracts;
- 16 April 2014: Abstract decisions announced;
- 17 May 2014\*\*: Close of early-bird registration.

\*Preconference workshops and symposia should be submitted using the form downloadable from the website above. Research papers, PhD Reports, Short communications, Posters, Conference Workshops and Fringe Abstracts may be submitted online from 1st December 2013.

\*\*Please note, closing dates for abstract submission and early-bird registration are two weeks earlier than in previous years to permit us to meet requests for early publication of the final programme.

#### **The Italian contribution to AMEE 2014**

The International Congress takes place under the auspices of the Association for Medical Education in Europe (AMEE), a non-profit organisation with head offices at Tay Park House, 484 Perth Road, Dundee DD2 1LR, United Kingdom. AMEE is represented by Tracey Martin, President of the International Association, and by Ronald Harden, General Secretary. The photographs in Fig. 1 which portray them, were taken during the 2013 Congress in Prague; they have been included here in hopes that the Milan event will see a large representation from our own country.

During the organisational phase the collaboration of the following is foreseen:

- Società Italiana di Pedagogia Medica [Italian Society of Medical Pedagogy]
- Conferenza Permanente dei Presidi di Facoltà e dei Direttori delle Scuole di Medicina e Chirurgia [The Permanent Conference of Faculty Deans and Directors of Schools of Medicine and Surgery]
- Conferenza Permanente delle Classi di Laurea

delle Professioni Sanitarie [The Permanent Conference of Health-Care Profession Degree Courses]

- Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM di Medicina e Chirurgia [Permanent Conference of the Deans of the Medical Degree Courses in Medicine and Surgery]

- Conferenza Permanente dei Presidenti CLM in Odontoiatria e P.D. [Permanent Conference of the Deans of the Degree Courses in Dentistry and Dental Care]

The University of Milan is also involved in the local committee, in the persons of the Dean and Rector of the Medical Faculty.

In particular a special symposium will be devoted to Progress Test and will be coordinated by Alfred Tenore, with a view to comparing the Italian experience with that of other countries, both European and non.

SIPeM will conduct a pre-congress workshop concerning Medical Humanities and dwell in particular on the use of filmed material in medical training.

#### **A valid reason for active participation**

The essential rationale underscoring a kind of participation which strives to be active and proactive, dwells, come as stated in the premise, in the fact that the process of the internationalisation of medical training we are so tenaciously endeavouring to implement, must be seen now as an irreversible to be followed.

The international medical-education panorama is one of a complex, innovative, constantly developing reality, requiring constant pedagogical renewal having a strong international bias; the fact that such an important international Congress is to be held in our country provides us with a twofold opportunity: that of engaging in an efficacious refresher experience and that of informing the international community of the numerous innovations under way within our medical education system.

The globalisation of healthcare delivery and the international dimensions of medical education are some of the most important aspects didactic innovation needs to address in the near future (Dent and Harden, 2013), and on this issue, over the past decade, our educational ambit has produced numerous novelties, thanks, particularly, to initiatives fostered by the Permanent Conference of Deans of the Medical Degree Courses and the Deans of the Medical Faculties /Schools of Medicine and the Italian Medical Pedagogy

Information at [www.amee.org](http://www.amee.org)



**Trudie Roberts**  
(AMEE President )  
and  
**Ronald Harden**  
(AMEE Secretary General)

Invite you to take part!

**In collaboration with:**

- Società Italiana di Pedagogia Medica
- Conferenza Permanente dei Presidi di Facoltà e dei Direttori delle Scuole di Medicina e Chirurgia
- Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie
- Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM di Medicina e Chirurgia
- Conferenza Permanente dei Presidenti CLM in Odontoiatria e P.D.

**Join us in Milan for this important venue in 2014!**

Fig. 1 - The occasion offered by AMEE in 2014 is one to be taken at all costs.

Society (Snelgrove et al., 2009; Gallo, 2011; Lenzi, 2012).

There is no doubt, however, that the achievement of a truly international dimension capable of involving our teaching staff and students to the full is a goal requiring constant attention; active participation in this congress, therefore, cannot but represent an important step in the right direction.

**References**

- 1) Dent JH, Harden RM. A practical guide for medical teachers. Churchill Livingstone, Elsevier, 2013.
- 2) Familiari G. The international dimensions of medical edu-

cation. Med Chir 2013; 57: 2537-2538.

3) Familiari G, Consorti F. The best evidence medical education and the essential skills on medical teaching : important keys for medical education internationalization. Med Chir 2013; 59: 2662-2663.

4) Familiari G, Violani C, Relucenti M, Heyn R, Della Rocca C, De Biase L, Ziparo V, Gallo P, Consorti F, Lenzi A, Gaudio E, Frati L. International reality of medical education. MEDIC 2013; 21: 53-59.

5) Gallo P. Insegnare nei corsi di laurea in medicina e odontoiatria. Espress Edizioni, Torino 2011.

6) Lenzi A. Manifesto di intenti per il triennio 2011-2014. Med Chir 2012; 55: 2427-2428.

7) Snelgrove H, Familiari G, Gallo P, Gaudio E, Lenzi A, Ziparo V, Frati L. The challenge of reform: 10 years of curricula changes in Italian medical schools. Med Teach 2009; 31: 1047-1055.

## Notizie dal Consiglio Universitario Nazionale

A ottobre il CUN ha pubblicato il Rapporto relativo all'analisi dei dati risultanti dalla Consultazione pubblica telematica sui criteri di scientificità delle pubblicazioni e degli altri prodotti di ricerca per la costituzione dell'Anagrafe nominativa dei professori e dei ricercatori e delle pubblicazioni scientifiche (ANPrePS) che si è conclusa il 23 luglio.

L'obiettivo era quello di raccogliere contributi funzionali all'individuazione dei «requisiti minimi idonei a identificare il carattere scientifico delle pubblicazioni e degli altri prodotti della ricerca, ai fini del loro riconoscimento ed inserimento nell'ANPrePS. Complessivamente sono stati registrati 16.195 questionari di cui 10.443 iniziati ma non completati, 5.752 completati e poi sottoposti a processo di validazione.

La Consultazione ha fatto registrare una partecipazione pari all'89% da parte di personale strutturato nell'Università, appartenente a tutte le aree disciplinari CUN, mentre il restante 11 è composto da figure che non appartengono al mondo accademico. L'intero rapporto è disponibile sul sito CUN. Anche alla luce delle risposte acquisite con la consultazione pubblica, il CUN ha emanato una proposta sui criteri di scientificità delle pubblicazioni e degli altri prodotti della ricerca per la costituzione dell'ANPrePS (Criteri identificanti il carattere scientifico delle pubblicazioni e degli altri prodotti della ricerca ai sensi art.3-ter, comma 2, l. 9 gennaio 2009, n.1 e successive modificazioni).

Negli ultimi tre mesi sono state formulate raccomandazioni relative a:

Nuova disciplina delle chiamate dirette e ruolo della Comunità Scientifica in cui viene esaminata la modalità di applicazione delle chiamate dirette con particolare riferimento all'autonomia e alla responsabilità valutativa della comunità scientifica (DM 1 luglio 2011, n. 276, legge n. 98 del 2013).

Finanziamenti alla ricerca in cui prendendo atto della quota sempre minore dei finanziamenti devoluta dallo Stato alle Università per la ricerca (PRIN, FIRB, FIR), si sottolinea l'importanza della ricerca di base liberamente proposta dai ricercatori e si auspica la massima razionalizzazione degli interventi e il recupero di risorse per i progetti di tale ricerca.

Sul calcolo e sull'uso degli indicatori finali di qualità della ricerca contenuti nella VQR 2004-2010 in cui si raccomanda che vi sia un chiaro ed appropriato utilizzo degli indicatori della VQR

e che le decisioni in tema di sviluppo universitario e di distribuzione delle risorse, tenga conto della molteplicità e complessità del sistema della ricerca universitaria utilizzando gli indicatori della VQR in modo consapevole e non automatico.

Sono state approvate inoltre diverse mozioni e formulati pareri tra cui il Parere sullo schema di Decreto di riparto della quota premiale e dell'intervento perequativo del Fondo di Finanziamento Ordinario per l'anno 2013. Tutti i documenti sono disponibili sul sito CUN.

Riguardo al sito CUN è in corso il totale "restyling" che auspichiamo lo renda più immediato, semplice da consultare ed efficace.

Relativamente all'Abilitazione Nazionale prosegue il monitoraggio. Le Commissioni che hanno proceduto all'invio degli atti al Ministero tramite l'apposita procedura telematica sono 149 su un totale di 184 e dal 2 dicembre è stato reso disponibile l'accesso ai risultati e agli atti dei settori concorsuali la cui ricognizione da parte del Ministero può ritenersi conclusa. L'abilitazione partirà dalla data della pubblicazione degli atti sul sito del MIUR.

Il CUN ha proseguito la riflessione sull'open access delle pubblicazioni scientifiche e sulla nuova disciplina di cui all'art. 4, cc. 2 e 3 del Decreto legge 8 agosto 2013, n. 91 "Disposizioni urgenti per la tutela, la valorizzazione e il rilancio dei beni e delle attività culturali e del turismo, convertito in legge, con modificazioni, con la legge 7 ottobre 2013 n. 112 (pubblicato sulla GU n. 236 del 8 ottobre 2013). Una commissione costituita da consiglieri del CUN sta lavorando con i delegati della CRUI alla formulazione di una proposta comune.

I primi di dicembre l'Assemblea generale della CRUI ha designato – ai sensi dell'art.1, comma 1 d), della legge n.18/2006 - i tre nuovi rappresentanti della CRUI al CUN, che sono:

Prof. Giovanni Melis, Rettore dell'Università di Cagliari;

Prof. Pasquale Nappi, Rettore dell'Università di Ferrara;

Prof. Giovanni Puglisi, Rettore dell'Università IULM di Milano e dell'Università Kore di Enna.

Durante la prossima seduta del 17-18 dicembre il CUN incontrerà il Presidente della CRUI prof. Stefano Paleari.

Manuela Di Franco  
*Segretario Generale*

### Conferenza Permanente dei CLM in Medicina e Chirurgia

Portonovo di Ancona 13-14 Settembre 2013

La 112<sup>a</sup> Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia si è tenuta il giorno 13-14 settembre 2013 nella splendida cornice di Portonovo e magistralmente organizzata da Giovanni Danieli e dai colleghi di Ancona. Nella prima giornata la Prof.ssa Basili ha illustrato i punti salienti della pianificazione e programmazione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia sulle prossime scadenze AVA, e ricorda che la Scheda Unica Annuale (SUA) è uno strumento gestionale funzionale alla progettazione, alla realizzazione, all'autovalutazione e alla ri-progettazione del Corso di Studi, che deve essere completata entro il 30 maggio di ogni anno e si compone della "sezione qualità" e "sezione amministrazione". La Prof.ssa Basili riferisce, inoltre, le date relative agli impegni per la realizzazione della prova del Progress Test che si svolgerà il 13 novembre 2013. Infine, il Prof. Curcio presenta sinteticamente il Rapporto del Gruppo di Lavoro sulla Valutazione della didattica. Il 14 settembre si è tenuta la Riunione congiunta delle Conferenze permanenti della Facoltà e Scuole e di Medicina su "Autovalutazione, Valutazione Periodica ed Accredimento dei Corsi di Laurea" con le relazioni dei Professori Massimo Castagnaro e Giuseppe Novelli del Consiglio direttivo dell'ANVUR e dei Presidenti delle quattro Conferenze, magistralmente coordinati dal Prof. Luigi Frati. Le novità e gli aspetti critici sono stati ampiamente dibattuti ed approfonditi.

*Amos Casti  
Segretario*

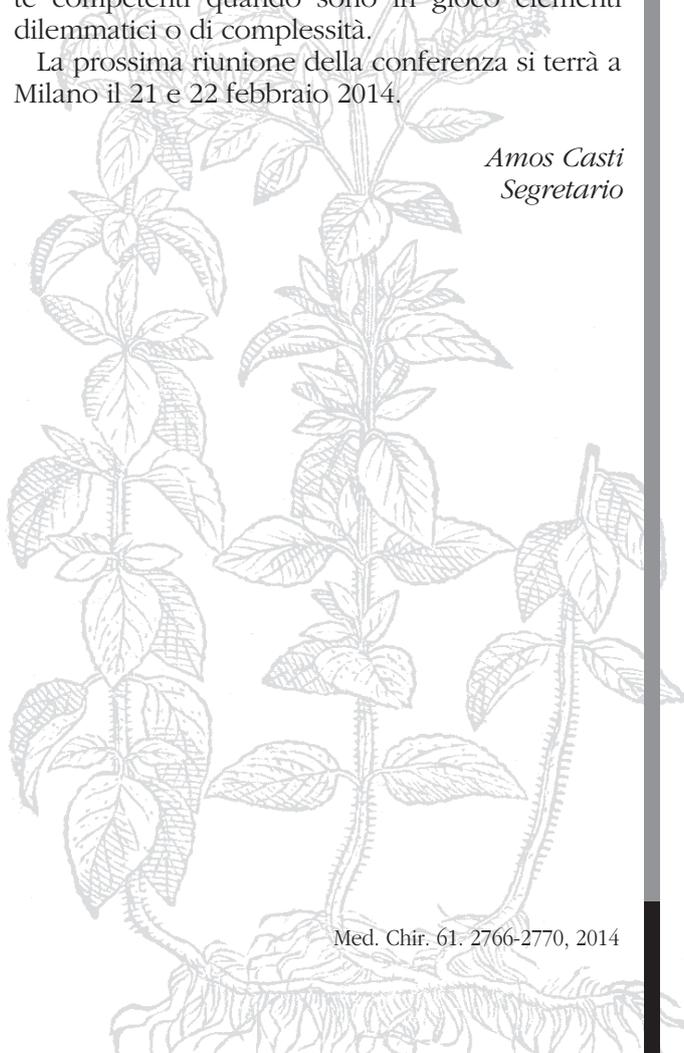
Roma, 9 Dicembre 2013

La 113<sup>a</sup> Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia si è tenuta il giorno 9 dicembre 2013 a Roma. Dopo le comunicazioni del Presidente della Conferenza, Prof. Andrea Lenzi, il prof. Familiari presenta il primo punto all'ordine del giorno su "Questionari attitudinali e Test di orientamento" definendo le diverse fasi del modello sperimentale. Molto approfondito è stato il punto

relativo al Progress Test, relatore il Prof. Tenore, sia per le note vicende, sia per l'importanza dell'argomento in previsione della sua utilizzazione per l'esame di stato. Il Prof. Della Rocca illustra il primo esercizio del secondo ciclo delle Site Visit, definendo gli intenti, il cronoprogramma, i livelli di accreditamento e le novità. Il Prof. Gaddi riferisce sullo stato dell'arte e programmi del core curriculum, e vengono presentati il rationale, i risultati e i possibili usi pratici. Di particolare interesse è stata la relazione della Prof.ssa Giovannella Baggio su "Medicina di Genere: una nuova sfida per la formazione del medico" che rappresenta una nuova dimensione della medicina che studia l'influenza del sesso e del genere su fisiologia, fisiopatologia e patologia umana. Il Prof. Consorti, relatore dell'ultima relazione su "Il Professionalism: teoria e attualità" definisce il professionalism come il contesto della competenza medica, cioè l'insieme di regole, di condizioni e di significati in cui si esplica l'opera del medico, e la capacità di riflessione critica sulla competenza tecnica, per operare scelte professionalmente competenti quando sono in gioco elementi dilemmatici o di complessità.

La prossima riunione della conferenza si terrà a Milano il 21 e 22 febbraio 2014.

*Amos Casti  
Segretario*



**Conferenza Permanente delle Classi di Laurea  
delle Professioni Sanitarie**

Meeting di Portonovo 12-14 settembre 2013

Il Meeting Annuale della Conferenza si è tenuto a Portonovo (Ancona) dal 12 al 13 settembre. Il 14 settembre si è realizzata una riunione congiunta con la Conferenza dei Presidenti delle lauree Magistrali a ciclo unico in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e la Conferenze dei Presidenti delle Scuole di Medicina) per sviluppare riflessioni e prospettive di lavoro su problematiche comuni.

La partecipazione al Meeting della Conferenza è stata ampia.

Avevano giustificato la loro assenza il Presidente e la Vicepresidente della Commissione Nazionale CdL Ostetrica/o, prof. Colacurci e dott.ssa Vicario, che avevano annunciato l'organizzazione della prossima Commissione Nazionale del CdL in Ostetricia il 7 novembre p.v. presso il Congresso Straordinario AGUI; il prof. U. Tarantino, Presidente del CdL in Tecniche Ortopediche in quanto all'estero per attività accademiche.

Sulla base del programma, si riportano di seguito gli esiti e i problemi più rilevanti discussi durante il Meeting e gli impegni per il futuro.

a) Linee guida di indirizzo per l'esame finale. Dopo un lungo processo di consenso che ha visto la partecipazione delle Commissioni Nazionali e della Giunta, sono state portate all'Assemblea le 'Linee guida per la progettazione, gestione e monitoraggio della qualità dell'esame finale'. Alla discussione e approvazione definitiva nella sede di Portonovo, era presente anche per il Ministero della Salute il dott. Massimo Giannetta che ha ribadito la rilevanza dell'esame finale e offerto contributi interpretativi sulla circolare dello scorso gennaio 2012. Il Dott. Giannetta ha precisato che le Linee guida, così come presentate, interpretano adeguatamente lo spirito della Circolare più volte richiamata; laddove si indicava nella stessa l'esigenza di fare valere 'in parti uguali' la prova pratica e la tesi non si voleva offrire una indicazione 'quantitativa' ma suggerire l'attribuzione di un valore anche alla prova abilitante (che oggi esita in idoneo/non idoneo). Ha, inoltre, precisato che la Commissione deve essere unica nella definizione dei criteri di conduzione dell'esame anche se in alcune modalità (ad esempio quando effettuata a letto del paziente) non necessariamente tutti i Componenti devono essere presenti contestualmente anche per salvaguardare la dimensione etica e proteggere il paziente. L'Assemblea ha chiesto al dott. Giannetta che il verbale di regola-

rità predisposto dai Rappresentanti del Ministero della Salute, includa anche l'indicazione

- se le attività didattiche teoriche e professionalizzanti di tirocinio sono state realizzate nella misura minima prevista dai Decreti Interministeriali (30 o 15 CFU da docenti appartenenti al profilo del CdL corso di laurea e 60 CFU di tirocinio);
- se le attività didattiche teoriche e professionalizzanti di tirocinio sono state formalmente affidate rispettivamente a docenti del SSD e a un Coordinatore/Direttore di adeguata esperienza appartenente allo specifico profilo professionale del CdL.

In allegato al presente, si riporta il documento approvato che si conclude con alcune raccomandazioni per il futuro. Infatti, l'Assemblea ritiene necessario, per potenziare la qualità dell'esame finale,

- sviluppare strategie e sistemi che assicurino una valutazione progressivamente indipendente e standardizzata delle competenze raggiunte dai laureandi, anche tramite l'attivazione di sperimentazioni di prove di abilitazione nazionali;

- sviluppare una attenzione ai laureandi portatori di disabilità, al fine di assicurare (come peraltro all'ammissione) un esame finale appropriato al singolo studente, ma anche alle competenze attese dal profilo ed al mandato sociale;

- attivare, attraverso i rappresentanti ministeriali, un monitoraggio nazionale su modalità e criteri di conduzione degli esami finali, con particolare riferimento alla effettiva realizzazione dei tirocini professionalizzanti (nei CFU prescritti dalla norma) ed alla effettiva progettazione/conduzione di questi da parte di un Coordinatore/Direttore formalmente incaricato e appartenente allo specifico profilo professionale di riferimento del CdL;

- sviluppare sinergie con le rappresentanze professionali (Ordini/Collegi/Associazioni) e dei servizi al fine di individuare le competenze attese dal sistema dai neolaureati, al livello iniziale, tenendo conto anche delle competenze avanzate acquisibili in cicli successivi.

b) Master e Osservatorio. Il Prof. Stella componente dell'Osservatorio Nazionale, ha riferito lo stato dell'arte della riflessione e gli scenari futuri in ordine ai Master delle professioni sanitarie. In particolare, rispetto al Gruppo 2 'Profili Formativi', dopo una prima panoramica sulla numerosità dei Master proposti da ciascuna rappresentanza professionale, ha riferito che si sta ipotizzando un sistema di avanzamento delle competenze che differenzia i Master tipizzati (o specialistici o professionalizzanti), correlati a specifiche funzioni attese dal SSN, e quelli a valenza culturale su

tematiche trasversali e multiprofessionali come, per esempio, la Bioetica.

Inoltre, ha ricordato che dal giugno 2010, il CUN ha chiesto l'allineamento della denominazione dei titoli di Laurea di secondo livello (Magistrale) a quelli riportati nel Processo di Bologna (Master of Science) al fine di assicurare uno sviluppo armonico dei percorsi formativi italiani con quelli europei. Ha quindi precisato il contributo degli attuali Master di 1° livello, ricollocandoli all'interno del perfezionamento scientifico o di alta formazione permanente e ricorrente (art. 3 del Decreto

MURST 509/1999 e Decreto MIUR 270/2004, e attivati secondo le modalità di cui all'articolo 1, comma 15, Legge 14 gennaio 1999, n. 4) a cui si accede dopo la laurea o un titolo straniero comparabile. Infine, nel costruire una relazione tra il framework Europeo e la Legge 43/2006, con riferimento alla numerosità delle proposte pervenute all'Osservatorio, ha precisato l'esigenza di procedere sulla base dei seguenti criteri;

- Individuare competenze avanzate o funzioni specialistiche che richiedono un approfondimento superiore a quello già presente nella formazione base della triennale;

- Evitare l'estensione di competenze in sovrapposizione alle aree proprie di altre professioni sanitarie;

- Evidenziare il fabbisogno del SSN attuale e futuro;

- Riferirsi ad evidenze di Master consolidati anche in altri contesti Europei.

Infine, ha suggerito che i Master siano inclusi nel sistema di accreditamento AVA. In particolare, è necessario monitorare la qualità formativa dei Master affinché siano anch'essi professionalizzanti fissando norme che definiscano i criteri di accesso e un ordinamento didattico uniforme a livello nazionale.

Dal dibattito di questa sessione è emerso un ricco confronto sulle attuali Lauree Magistrali (LM) e la loro diversificazione dai Master. I corsi di LM delle 4 classi delle professioni sanitarie, così come sono state pensate, ma non sempre realizzate, si proponevano di offrire ai professionisti sanitari lo sviluppo di abilità di dominio delle logiche e delle prassi professionali al fine di governare la complessità, prendere decisioni, attivare sinergie e integrazioni nei sottosistemi; per questo il piano di studi ha sino ad ora proposto metodologie manageriali, formative, di ricerca e disciplinari.

Se questa impostazione si presenta ancora valida e interessante, emerge dalle professioni più numerose e con aree di intervento comples-

se, l'esigenza di sperimentare una LM con un ordinamento didattico nuovo finalizzato ad un approfondimento disciplinare in un campo di responsabilità specifica.

Questa tematica sarà all'attenzione dei prossimi lavori della Conferenza.

c) Relazioni con le istituzioni. Il Direttore Generale del Ministero della Salute dott. Giovanni Leonardi intervenuto a conclusione del pomeriggio, ha precisato l'esigenza di sviluppare una formazione avanzata congruente alle attese e ai bisogni del Sistema Sanitario Nazionale ed ha invitato a riformulare la proposta di Master individuando un numero ridotto di corsi, ma fortemente allineati alle esigenze sanitarie e sociali del paese.

d) Interventi preordinati. Nella sessione delle relazioni preordinate è stata riferita l'esperienza dell'Università di Salerno relativa all'insegnamento integrato e multiprofessionale dell'anatomia coinvolgendo studenti di ostetricia, fisioterapia, infermieristica e medicina (Calabrese MC, Nori SL, Oro R, Vecchione C). È stato presentato lo stato di avanzamento del progress test relativamente al lavoro dei CL di Fisioterapia e Logopedia (Pillastrini P, Lovato G); è stata, inoltre, illustrata l'esperienza del gruppo di lavoro della Commissione Nazionale di Fisioterapisti rispetto alla revisione della durata del corso di studio e alla sua articolazione interna (Marcovich/Bielli S); infine, è stata segnalata la problematica relativa ai corsi di studio attivati per Terapisti della Riabilitazione che si riferiscono ad un profilo non attivo in Italia (Ferrari A) che ha stimolato una articolata discussione; infine, la Commissione Nazionale dei CdL Infermieristica ha presentato le Linee Guida per i programmi di Infermieristica approvati in Commissione Nazionale (Maragnoli O).

e) Dati sulle immatricolazioni. Angelo Mastrillo ha riferito l'analisi di trend delle immatricolazioni indicando che dai dati preliminari a disposizione si è registrata complessivamente una diminuzione dell'11% delle domande per le professioni sanitarie e del 0.6% per Medicina/Odontoiatria.

Tale dato è difforme sul territorio nazionale: ad esempio, per le Professioni Sanitarie da -18% della regione Piemonte e Marche al + 2% della regione Calabria. Rimane molto elevata la quantità di candidati per Fisioterapia (13.9/posto) e Logopedia (11.1/posto). In linea generale, tuttavia, si è osservata una flessione seppur minima su tutte le professioni sanitarie: iniziano a comparire professioni con meno di un candidato per posto (es. Terapista Occupazionale; Assistenti Sanitari). Il tasso di occupazione registrato da Alma Laurea è in calo ma comunque al di sopra di quello osservato in

Corsi di Laurea dell'area non sanitaria.

Una profonda riflessione sarà necessaria nell'immediato futuro rispetto ai fabbisogni.

f) Teaching Universities/Research Universities. È intervenuto quindi il Professor Familiari riportando la diversità e il dibattito sulle Teaching University e Research University.

Nella sua relazione sono stati enfatizzati i seguenti aspetti: la differenza tra Ospedale di Insegnamento e Ospedale di Ricerca in cui, in accordo alla letteratura, non può esserci dicotomia tra insegnamento e ricerca. Infatti, l'insegnamento di qualità deve essere accompagnato da un ambiente educativo adeguato; inoltre, è necessario attuare progetti didattici che integrino la ricerca scientifica di base e traslazionale, i poli assistenziali di elevata qualificazione e i poli didattici ad elevata tecnologia in una rete didattica integrata che dialoga costantemente con gli organi di governo dei corsi di studio.

In quest'ottica si colloca anche il contributo dell'Association of Medical Education in Europe (AMEE) il cui congresso si è appena tenuto a Praga in agosto 2013; nel 2014 il Congresso si terrà a Milano (inizi settembre). Si sollecitano i componenti della Conferenza ad inviare lavori scientifici.

g) Assemblea. La Conferenza si è conclusa con l'Assemblea in cui si sono assunte le seguenti decisioni:

1. Il Segretario generale da lettura testuale del verbale di Giunta dello scorso 20 marzo in cui si era discusso rispetto alle elezioni.

“Le Presidenze, le Vicepresidenze e i componenti delle Commissioni nonché quelli della Giunta, scadono a dicembre 2013.

Considerata l'esigenza di completare i lavori in corso, di dare modo ai Corsi di Studio di individuare i propri Coordinatori attraverso i processi di elezione di Ateneo (in atto entro l'anno in molte sedi), e di realizzare elezioni efficaci, si propone di sottoporre all'Assemblea la possibilità di posticipare le elezioni degli organi della Conferenza al 2014.

Dopo articolata discussione e analisi degli elementi a favore e contro, la prof.ssa Saiani chiede ai presenti di esprimere il proprio parere. I presenti, per alzata di mano con 25 voti favorevoli 1 voto contrario 1 astenuto approvano di portare all'Assemblea che si terrà a Portonovo (Ancona), la proposta di posticipazione delle elezioni delle cariche della Conferenza a settembre 2014.”

Ponendo la questione ai voti, l'Assemblea approva all'unanimità la posticipazione delle elezioni delle cariche della Conferenza a Settembre

2014 in sede da individuare.

2. In ordine alla problematica sollevata dalla Commissione Nazionale Fisioterapisti rispetto alla presenza sul territorio italiano di istituti che offrono formazione per Tecnico della Riabilitazione, superata dagli attuali ordinamenti didattici, si decide all'unanimità di segnalare la questione al Ministero della Salute attraverso una Mozione il cui contenuto è approvato all'unanimità. Si procederà alla valutazione della mozione ed alla sua analisi di contenuto consultando anche esperti nella disciplina giuridica.

3. Con riferimento alla questione dell'assenza in numerosi corsi di Laurea dell'incarico formale di Coordinatore/Direttore delle attività professionalizzanti ad un Docente in possesso dei titoli, o alla esclusione di tale ruolo nelle Commissioni di esame finale o negli Organi di rappresentanza (consiglio di corso) è approvata all'unanimità una Mozione.

h) Sessione congiunta delle tre Conferenze. I lavori della Conferenza sono proseguiti il 14 settembre in forma Congiunta con le altre Conferenze. In tale incontro particolare dibattito si è sviluppato sulle questioni attinenti alle procedure AVA in cui non appare adeguatamente rappresentata la componente professionalizzante che più caratterizza i Corsi di Laurea Sanitari e il contributo del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'articolo 6 DLgv 502/92. A tal fine, l'Ufficio di Presidenza si impegna a trasmettere al Prof. Massimo Castagnaro del Consiglio Direttivo ANVUR ogni documentazione utile a comprendere le specificità delle lauree sanitarie.

i) Programmazione dei lavori futuri della Conferenza. Particolare rilevanza dovrà essere attribuita alla

1. analisi del fabbisogno di professionisti sanitari anche coinvolgendo i rappresentanti della Conferenza Stato Regioni, delle Professioni, dell'ISTAT e dell'INPS per comprendere in modo articolato il fenomeno;

2. Mission delle lauree Magistrali;

3. Durata e articolazione dei corsi di studio delle lauree triennali;

4. Strategie didattiche, tirocini, competenze minime attese ed esame finale di abilitazione per gli studenti portatori di disabilità.

Sarà inoltre individuata una sede per il Meeting che offra un corso di formazione valorizzato ECM.

Alvisa Palese  
Segretario generale