

1/04

MED
09

Trimestrale di informazione

Sped. in a.p. - 45% art. 2 comma 20/b legge 662/96 Dir. Corriere Ancona
Supplemento n. 1 del Bollettino della Società Italiana di Medicina Interna - n. 1/2004
Registrazione Tribunale di Ancona n. 1298 del 12.3.1988

s o m m a r i o

1 LETTERA DEL PRESIDENTE

5 EDITORIALE

**L'Impact Factor e altri
indici in Medicina**
Roberto Corrocher

7 SEZIONE DIDATTICA

**Valutazione obiettiva strutturata
della competenza clinica (OSCE)**
*Giovanni Danieli, Eduardo Landi,
Luciano Vettore*

**11 Scuole di specializzazione,
nove quesiti al Prof. Pinchera**
Sebastiano Filetti

Master universitari di I° livello
Roberto Delsignore

15 OSSERVATORIO

L'Unità Geriatrica per Acuti
Giulio Masotti, Maurizio Marini

lettera del presidente

Cari Colleghi Internisti,

questo numero del nostro Bollettino "COL-MED/09", nato con la generosa collaborazione della Società Italiana di Medicina Interna, viene consegnato *brevi manu* a tutti i Soci che partecipano all'Assemblea del 26 febbraio 2004. Gli assenti, soci SIMI, riceveranno invece il Bollettino attraverso il consueto canale postale.

L'appuntamento lungamente atteso dell'Assemblea che potrà deliberare la nascita del nuovo Collegio giunge finalmente alla sua realizzazione.

Siamo infatti tutti chiamati a votare sull'ipotesi del nuovo Statuto che, come i Colleghi presenti all'Assemblea del 5 novembre 2003 ricorderanno, fu ampiamente discusso articolo per articolo e quindi approvato all'unanimità in quella occasione.

Rispetto a tale versione, lo Statuto ha subito una serie di variazioni emerse nel corso della già ricordata Assemblea, ovvero pervenutemi in fase successiva.

È fuori di dubbio che, grazie a tali modifiche e/o integrazioni, il testo appare ora decisamente migliorato e per molti versi più incisivo. Restano comunque immutati i capisaldi sui quali il nuovo Collegio si avvia ad iniziare ufficialmente la sua attività.

Lo Statuto prevede infatti che a COLMED/09 possano liberamente aderire tutti i Docenti Universitari del Settore Scientifico Disciplinare MED/09, e quindi non soltanto i Professori Ordinari e Straordinari, ma anche i Professori Associati, i Ricercatori e gli Assistenti universitari del ruolo ad esaurimento.

Tali categorie di Soci saranno tutte rappresentate nella Giunta Esecutiva, sia pure con diverso peso numerico.

L'urgenza di alcuni problemi sul tappeto, tra i quali mi limiterò a ricordare il Disegno di Legge-Delega sullo stato giuridico dei Professori univer-

>>

sitari e le nuove modalità di ammissione alle Scuole di Specializzazione dell'area medica, impongono al Collegio di assumere una posizione chiara e forte, che può provenire soltanto da una struttura associativa che rappresenti congiuntamente Ordinari, Associati e Ricercatori.

Accanto a questa doverosa apertura nei confronti di tutte le componenti universitarie del nostro Settore, un altro aspetto di innovazione ed al tempo stesso di garanzia rappresentativa per tutti i Soci è rappresentato dal fatto che il Presidente della Giunta Esecutiva viene eletto dall'Assemblea nella sua totalità e diventa pertanto garante di tutti i Soci, prescindendo dalla loro fascia di appartenenza.

I Colleghi potranno inoltre constatare che lo Statuto, prevedendo l'automatica decadenza dalla carica ricoperta di un Socio che modifichi il proprio stato giuridico dopo l'elezione in un organo ufficiale del Collegio, garantisce, mediante la sua sostituzione con il primo dei non eletti, una rappresentanza numerica invariata per ciascuna categoria di Soci.

Il nuovo Statuto ci consentirà inoltre di dare al Collegio una connotazione moderna, rispettosa delle norme di legge anche per quanto riguarda il Collegio dei Sindaci.

Ciò permetterà di poter richiedere un numero di partita IVA, in maniera da garantire la più assoluta e trasparente correttezza amministrativa.

Ho già avuto modo di sottolineare nel precedente numero di questo Bollettino che, per quanto assidua ed incisiva possa essere l'azione della Giunta Esecutiva, condizioni imprescindibili per innescare un processo virtuoso di partecipazione informata e di critica costruttiva da parte di tutti i Soci sono le seguenti:

a) che gli stessi Soci ricevano tempestivamente e con regolarità tutte le notizie relative alle attività della Giunta;

b) che le azioni decise a livello centrale possano essere trasmesse ed attuate nelle singole sedi universitarie.

Questi obiettivi potranno essere perseguiti garantendo da una parte la regolarità nella pubblicazione trimestrale del nostro Bollettino, e dall'altra stimolando i Referenti di sede previsti dallo Statuto a

svolgere un ruolo cruciale di *trait d'union* fra Giunta Esecutiva e gruppo internistico locale.

Nonostante l'innovatività dello Statuto, a lungo meditato ed integrato con preziosi consigli e suggerimenti da parte di molti Colleghi, va da sé che il peso effettivo che COLMED/09 saprà conquistarsi nel variegato panorama medico-universitario del nostro Paese dipenderà in larga misura dall'impegno e dall'attiva partecipazione di tutti.

Le ultime rilevazioni del CINECA indicano che il nostro Settore MED/09 comprende attualmente ben 1202 Docenti, così suddivisi: 236 Professori Ordinari e Straordinari, 356 Professori Associati (confermati e non confermati), 585 Ricercatori (confermati e non confermati) e 25 Assistenti universitari del ruolo ad esaurimento.

Sopravanziamo quindi, in termini numerici, persino il Gruppo MED/18 Chirurgia Generale, che comprende un totale di 1154 Docenti e ci

poniamo al primo posto in assoluto tra tutti i Settori contrassegnati con MED.

Abbiamo inoltre nel nostro tessuto associativo elevate competenze non soltanto di natura dottrinale, specifiche della Medicina Interna, ma anche esperti di politica universitaria, di gestione sanitaria, di rapporti internazionali, e così via.

Esistono quindi, a mio avviso, tutte le premesse perché COLMED/09 possa imporsi per la sua valenza culturale e propositiva, prima ancora che numerica.

L'invito che rivolgo pertanto a tutti i Colleghi Internisti Universitari è che essi aderiscano al Collegio in altissimo numero, e possibilmente nella loro totalità.

La nuova Giunta che si insedierà in base all'esito delle votazioni dovrà ovviamente essere messa in immediato alla prova dei fatti ed i Soci potranno sempre ritirare la loro adesione, già a partire dal prossimo anno, se essa non avrà saputo dimostrare sul campo di aver svolto con il massimo impegno il proprio mandato.

Vi rinnovo quindi l'invito a non farci mancare suggerimenti e critiche tutte le volte che lo riterrete opportuno e, nel ringraziarVi per l'appoggio e la stima finora ricevuti, Vi saluto con viva cordialità.

Franco Dammacco

Roberto Corrocher (Verona)

L'impact factor e altri indici in medicina

4

Lo sviluppo del sapere - la ricerca scientifica - è uno dei doveri fondamentali dell'Università e nella stesura costituzionale precede, non senza un significato logico, l'altro dovere che è la diffusione del sapere - formazione; in altre parole per la Costituzione Italiana non c'è credibilità dell'insegnamento accademico qualora questo non si basi su un costante sviluppo della ricerca attraverso la quale si riesce a trasmettere in modo critico un sapere sempre nuovo e aggiornato.

L'avvento di provvedimenti legislativi che hanno indotto la progressiva assunzione di responsabilità da parte dei singoli Atenei a partire dal 1989, obbliga le singole sedi ad una rigorosa politica programmatica delle loro attività e perciò devono attivare meccanismi di autovalutazione dei vari settori d'intervento ivi compreso il settore della ricerca scientifica e quindi dovranno dotarsi di mezzi adatti per la mirata dislocazione delle loro risorse e del personale. Come sostenuto da tutti i Governi Italiani del passato e anche dall'attuale, la ricerca scientifica è una necessità "strategica" perché solo attraverso lo sviluppo e l'incremento della ricerca ogni nazione può essere protagonista del proprio avvenire in termini di settori innovativi, di creazione di nuovi posti di lavoro, e di credibilità nel più ampio contesto politico internazionale. Il rinunciare a questo ruolo essenziale significa per una nazione accettare di essere esclusivamente "un mercato" aperto ai condizionamenti altrui: essere in altri termini una colonia. Naturalmente ogni Governo, oltre che declamare solennemente il suo impegno, dovrebbe, coerentemente, assicurare le necessarie risorse e perseguire una politica più responsabile e lungimirante della ricerca.

L'Università è comunque una delle sedi, costituzionalmente previste, per lo sviluppo della ricerca, che diventa quindi per tutti i docenti delle diverse Facoltà un obbligo non derogabile. Non a caso nelle valutazioni comparative per la cooptazione dei candida-

ti nell'organico universitario, l'analisi delle capacità e dei risultati scientifici ottenuti dai singoli aspiranti è giustamente un'importante fattore decisionale.

Dedicarsi alla ricerca, in campo biomedico, oggi più che mai, significa essere disponibili alla competizione internazionale e ad accettare la verifica dei propri progetti scientifici e dei propri risultati. I finanziamenti che, seppur con fatica, oggi si possono reperire, sia in ambito internazionale che locale, prevedono frequentemente, e lo sarà sempre di più, una valutazione "esterna" che spesso si basa su parametri "standardizzati" e su indicatori internazionalmente condivisi.

Questa breve nota vuole esaminare criticamente qualcuno degli indici bibliometrici più usati per misurare la quantità e qualità della ricerca scientifica e resi possibili dalla disponibilità di vaste banche-dati che raggruppano numerose riviste scientifiche. Una delle più note di queste banche è certamente quella organizzata dall'Institute for Scientific Information (ISI) di Philadelphia (USA). Partendo da questi dati è stato possibile elaborare differenti indici di valutazione "oggettivi" della ricerca; tratterò qui di due parametri: l'*Impact Factor* e il *Citation Impact*.

1. L'Impact Factor. Nel data base dell'ISI sono inserite e analizzate più di 8000 riviste, tutte selezionate per il loro rigoroso rispetto della periodicità di pubblicazione, per la presenza di un autorevole sistema di "referee" esterni indipendenti e anonimi e per la selezione degli articoli da pubblicare. Il sistema di schedatura delle riviste eseguita dall'ISI analizza e archivia anche le citazioni che i specifici lavori ottengono da parte dei ricercatori esperti dello stesso settore o da settori affini e permette pertanto di capire l'utilizzo, da parte della comunità scientifica, dei lavori una volta pubblicati su una singola rivista.

L'Impact Factor (IF) è un numero dato dal rapporto tra il numero delle citazioni di una certa rivista in un

determinato periodo (anno) per gli articoli pubblicati nei due anni precedenti e il numero dei lavori della stessa rivista editi nello stesso periodo.

L'IF di una certa rivista indica la probabilità che un lavoro pubblicato su di essa ha di essere citato da altri autori (ad esempio se una rivista ha nel 2001 un IF pari a 10 significa che un lavoro pubblicato su di essa viene mediamente citato 10 volte in un anno da altri autori). L'IF come tale è quindi, in primo luogo, una misura (bibliometrica) del valore della rivista stessa. Oltre che un valore scientifico l'IF ha anche un indubbio valore commerciale: le grandi banche-dati sono imprese e come tali hanno, oltre allo scopo della diffusione dei dati scientifici, anche una specifica motivazione commerciale-finanziaria da perseguire. Le loro possibilità di strappare contratti di abbonamento dai numerosi enti e centri di ricerca,

5

ivi comprese le università e i singoli ricercatori, dipende dalla credibilità del loro sistema di selezione, dalla serietà del sistema di "referee", e dalla capacità di diffusione in ambito internazionale legato anche alla loro capacità di innovazione tecnologica-editoriale. L'IF di una specifica rivista è quindi anche un indice del valore commerciale della rivista stessa e anche per questo il suo board cerca di perseguire valori di IF più alti possibile. Le riviste di maggior prestigio hanno alti valori di IF perché si avvalgono di "referee" di elevato standard scientifico che si avvalgono di criteri severi di giudizio nella selezione dei lavori (*Nature Medicine*, *New England Journal of Medicine* ecc. pubblicano il 7-10% dei lavori che pervengono alla loro redazione).

Da quanto fin qui detto risulta chiaro che l'IF è un indice che riguarda la rivista e non il ricercatore che su essa

scrive. È peraltro evidente a tutti che se un ricercatore pubblica su riviste ad alto I.F., significa che le sue ricerche e i suoi risultati meritano il massimo dell'attenzione internazionale: in modo indiretto ma sicuro l'IF diventa un indice del valore del ricercatore. Qualcuno potrebbe obiettare che vi possono essere ricerche di valore che non sono pubblicate su riviste con IF, ad esempio Galileo Galilei ha scritto in riviste senza IF: mi permetto di contro obiettare che erano altri tempi; in campo biomedico i buoni risultati sono oggi pubblicati e diffusi da riviste quotate.

Un'ulteriore osservazione va tenuta presente nel dare il giusto peso all'IF: il suo valore, per la stessa rivista, varia di anno in anno e se possiamo ritenere che a distanza di un anno esso non si discosti in modo significativo, tale scostamento, in più o meno, potrebbe essere notevole se si considerano periodi più lunghi; in questo caso il valore dell'IF di un lavoro su una determinata rivista dovrebbe riferirsi al valore che essa aveva nell'anno in cui è avvenuta la pubblicazione. Più consistente mi pare l'obiezione che vi sono settori specialistici coperti da riviste specifiche che non hanno o non hanno ancora elevati valori di IF ma dove, per motivi validi un ricercatore ha interesse a pubblicare. Prescindendo dal fatto che le riviste biomediche a più alto valore di IF non sono settoriali e quindi qualsiasi ricercatore può cercare di pubblicarvi le sue originali osservazioni, l'obiezione ha un suo valore ed è, almeno in parte, connessa all'uso che si vuol fare di questo indice. Qualora per esempio si volesse utilizzare l'IF per concorrere a finanziamenti per progetti di ricerca che prevedono delle selezioni, esso mantiene la sua rilevante importanza. Molto diverso è il caso che debba essere preso in considerazione nel processo di valutazione comparativa ai fini di concorsi accademici. In questi casi non c'è alcun dubbio che il punteggio dell'IF dei candidati, pur

tenuto presente, va valutato per la sua coerenza rispetto al settore a concorso: un candidato che abbia realizzato un elevato punteggio di IF pubblicando su prestigiose riviste di fisica nucleare non può certo ispirare ad un concorso in medicina interna. Né si può immaginare che i punti di IF possano servire, anche se "coerenti" con il settore a concorso, a formulare una classifica dei candidati: oltre un certo livello pur necessario di IF vi sono requisiti di carriera, di capacità didattica, di capacità ed esperienza professionale che devono obbligatoriamente concorrere a formulare il giudizio definitivo.

2. Citation impact. La disponibilità del data base dell'ISI (CINECA, Web of Science) rende ora facile conoscere quante citazioni il lavoro di un singolo ricercatore abbia di fatto ottenuto in campo internazionale. Naturalmente l'analisi è possibile per le 8000 riviste schedate dall'ISI. Il Citation Impact (CI) è dato dal rapporto tra il numero totale dei lavori pubblicati in quello stesso periodo di tempo dal protagonista. Questo indice può essere usato per "misurare" la qualità di Atenei, Dipartimenti, ecc., come ha recentemente fatto la Conferenza dei Rettori delle Università (Breno et al., 2002), ma può benissimo essere utilizzato per "pesare" un singolo ricercatore. Un valore elevato di CI è espressione di un'elevata *utilizzazione* delle proprie ricerche da parte di altri colleghi in ambito internazionale della ricerca. Più che misurare il valore della rivista, il CI valuta quindi il singolo ricercatore. Naturalmente anche questo indice può essere sottoposto a critiche: per esempio un lavoro può essere citato per essere smentito o confutato nei suoi risultati; inoltre numerose citazioni presenti su un lavoro possono essere autocitazioni oppure autocitazioni mascherate, cioè fatte da persone differenti dello stesso gruppo che si alternano sui lavori come primo nome; ancora, gruppi di ricerca differenti che si sti-

mano e si conoscono, appartenenti alla stessa o a altre nazioni, ma cointeressati ad un progetto di finanziamento comune, possono stabilire, più o meno tacitamente, di citarsi reciprocamente in modo da amplificare la portata delle loro ricerche. Ciò nonostante resta che il CI rappresenta un utile ed importante strumento di valutazione obiettiva della ricerca scientifica di un singolo ricercatore (Adams et al., 1997; Adams, 1998). Il CI oltretutto permette di fare analisi della qualità di un ricercatore in differenti e successivi periodi del suo operare: si può valutare cioè la sua *progressione*, la sua *continuità* e la sua *qualificazione* in tutto l'arco di tempo della sua produzione o confrontare periodi successivi della sua attività.

IF e CI ed altri parametri di questo tipo sono semplici indici di valutazione quantitativa e qualitativa della ricerca scientifica, con i loro limiti ma anche con la loro rilevanza, e come tali che vanno sempre inseriti in contesti specifici e utilizzati con cautela a seconda dell'obiettivo che si propone in un determinato momento. Saranno comunque sempre più usati sia nei meccanismi di allocazione delle risorse degli Atenei, Enti di Ricerca, Gruppi di Ricerca nazionali ed internazionali ecc., sia nei processi di valutazione comparativa, sempre più competitivi a fronte di numeri di posizioni disponibili sempre più ridotti. Non voler tenere questi indici nella dovuta considerazione rappresenta talvolta un alibi per nascondere il basso livello delle proprie ricerche. In

assenza di criteri oggettivi e condivisi di valutazione le risorse per la ricerca e per il personale saranno distribuite con modalità "lobbistiche" di dubbia trasparenza. La mancata utilizzazione di meccanismi di verifica di qualità della ricerca degli Atenei e dei singoli ricercatori, è uno degli storici difetti del nostro mondo accademico e un non trascurabile ostacolo al rinnovamento del personale e al reclutamento dei tanti giovani promettenti.

Adams J et al. Benchmarking of the international standing of research in England. *University of Leeds and ISI, 1997.*

Adams J. Benchmarking international research. *Nature, 1998; 396: 615-8.*

Breno E., Fava GA., Guardabasso V., Stefanelli M. La ricerca scientifica nelle Università Italiane: una prima analisi delle citazioni della banca dati ISI. *CRUI, 2002.*

Giovanni Danieli (Ancona), Eduardo Landi (Ancona),
Luciano Vettore (Verona)

7

Valutazione obiettiva e strutturata della competenza clinica (OSCE)

La competenza clinica che gli Studenti acquisiscono durante la loro formazione nella facoltà di Medicina comprende quattro componenti: le abilità relative alla capacità di raccogliere l'anamnesi, eseguire l'esame obiettivo, compiere in un paziente tutte le manovre necessarie (*practical skills*); la capacità di definire un problema e scegliere le vie di soluzione (*clinical problem solving*); la capacità di ricercare, valutare ed interpretare le informazioni (*knowledge*); la capacità decisionale di pianificazione diagnostico-terapeutica e la gestione del paziente (*decision making, management*).

Tra i metodi di valutazione della competenza clinica, certamente il più complesso, ma anche quello che permette di valutare una grande varietà di abilità acquisite, è l'*Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) proposto da Harden et al. fin dal 1975 (Harden R.M., Stevenson M., Downie W.W., Wilson G.M. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *BMJ*, 1975, 1: 447-451), scarsamente utilizzato in passato per la sua intrinseca complessità, oggi pienamente riconsiderate, alla luce del carattere "professionalizzante" che la revisione della tabella 18 ha attribuito al Corso di laurea in Medicina e delle caratteristiche del nuovo tirocinio valutativo.

L'OSCE è uno schema organizzativo che comprende una serie di prove obiettive che lo studente deve affrontare e superare dimostrando il possesso di specifiche capacità, nell'ambito degli obiettivi formativi gestionali e relazionali propri del corso e prestabiliti.

I seguenti criteri si considerano ineludibili per un OSCE "ortodosso":
1) Possono essere valutate soltanto abilità che siano state insegnate con l'obiettivo esplicito della valutazione di performance, e nei confronti delle quali gli studenti si siano già eserci-

tati a eseguirle; ovviamente vanno scelte abilità routinarie, che ogni neolaureato deve essere in grado di eseguire e di dimostrare, in quanto attinenti alla sua professionalità non rinunciabile.

2) Nelle stazioni OSCE vanno introdotte di preferenza abilità (il cui esercizio ovviamente richiede anche conoscenze), mentre si possono valutare con l'OSCE conoscenze o competenze con consistente componente teorica (per esempio l'interpretazione di dati o la soluzione di problemi) solo quando non si disponga di altre modalità valutative meno impegnative dal punto di vista organizzativo e più adatte a verificare il conseguimento di obiettivi didattici cognitivi.

3) Ciò che viene eseguito nelle stazioni OSCE deve simulare con il massimo grado di verosimiglianza ciò che viene effettuato nella realtà; per questo bisogna usare strumenti veri e quando necessario manichini realistici o ancor meglio pazienti simulati (non è etico usare pazienti veri, soprattutto se sottoposti ripetutamente alle stesse manovre, comunque sgradevoli in mani inesperte); attraverso lo strumento OSCE vengono valutati gli atti professionali che lo studente deve saper compiere effettivamente; la valutazione misura la *performance* dimostrata nella loro esecuzione.

4) Ogni stazione dovrebbe riguardare un'abilità il cui esercizio richieda al candidato un tempo approssimativamente equivalente; la rotazione sequenziale dei candidati nelle stazioni è elemento costitutivo del metodo e la sua mancanza rischia di inficiarne l'affidabilità valutativa.

5) L'allestimento delle stazioni deve essere curato con la massima attenzione, affinché eventuali carenze non incidano sul valore della valutazione; in mancanza dei mezzi necessari al buon espletamento di un'abilità particolare, questa va valutata con modalità diverse e sostituita da un'altra abilità più abordabile.

Anche abilità relazionali si prestano bene ad essere valutate con il metodo OSCE; in questo caso le stazioni possono essere condotte con un volontario (anche un medico, uno studente o un paziente simulato) che recita realisticamente le reazioni di un paziente al quale lo studente (nelle parti del medico):

a) comunica per esempio la diagnosi di una patologia per la quale il paziente dovrà essere sottoposto a intervento chirurgico, o ad altra terapia invasiva, o con effetti tossici rilevanti;

oppure:

b) spiega a un paziente con patologie specifiche le modalità di assunzione di una terapia polifarmacologica prescritta a domicilio; comunica con linguaggio comprensibile al paziente simulato anche i possibili effetti indesiderati, i loro segni di allarme e le modalità per monitorare gli effetti terapeutici e prevenire quelli tossici.

Al candidato va dato immediatamente prima della sua prova (magari in forma scritta) il mandato della comunicazione che deve dare; il paziente/attore simula alcune reazioni emotive comuni per comunicazioni di questo genere, per testare le capacità di "gestire" la situazione da parte dello studente.

La "performance" psico-relazionale può essere valutata mediante una "griglia" *ad hoc*, che dovrà considerare le modalità della comunicazione e la sua adeguatezza: chiarezza e comprensibilità del linguaggio, completezza senza ridondanza dei contenuti, rassicurazione empatica ma non falsamente minimizzante, capacità di contenere le reazioni emotive del paziente senza farsi coinvolgere, verifica della corretta comprensione dei messaggi ai fini di raccogliere un consenso veramente informato e deontologicamente corretto.

Salvo errori grossolani nei contenuti della comunicazione, la valuta-

zione non dovrebbe tenere conto in modo prioritario dei contenuti stessi.

Le prove possono dunque consistere nella conduzione dell'anamnesi, nell'esecuzione dell'esame obiettivo di un organo o di un apparato, nel compiere determinate manualità diagnostiche o terapeutiche, nell'avanzare una richiesta motivata di un accertamento o di interpretarne il risultato, di redigere correttamente un certificato, una prescrizione terapeutica, una parte di cartella clinica, nel comunicare in modo adeguato al paziente o ai suoi familiari informazioni o consigli attinenti alle condizioni della sua salute

Una prova OSCE richiede una preparazione adeguata, per la quale si possono proporre le seguenti tappe:

- scegliere dal "core curriculum" della Conferenza tutte le abilità essenziali che meglio si prestano alla valutazione mediante OSCE, facendo parte effettivamente del bagaglio didattico dello specifico CdLS; il loro elenco complessivo deve essere noto agli studenti fin dall'inizio della loro partecipazione alla didattica pratica e rappresenta per loro in modo ufficiale il programma di questa parte di esame: debbono sapere che nell'OSCE saranno testati su un numero definito di skills (abilità, diverse da appello ad appello, ma uguale per tutti gli studenti della stessa prova), scelte di volta in volta dall'elenco;
- pianificare con alcune di esse (possibilmente distribuite per "tipologia": anamnesi, esame obiettivo di differenti organi o apparati, abilità professionali mediche e chirurgiche, abilità laboratoristiche, piccola chirurgia, diagnostica strumentale, comunicazione medico-paziente, ecc.) l'allestimento delle relative stazioni, adeguando le singole prove alla verifica delle abilità descritte nei singoli obiettivi didattici;
- costruire le griglie di valutazione

per ciascuna stazione/abilità/prova, che descrivono analiticamente le tappe di esecuzione/dimostrazione di ciascuna abilità e definiscono il grado di performance richiesto per certificare l'avvenuta acquisizione delle singole abilità: sarebbe utile che gli studenti conoscessero subito queste griglie, così da potersi testare in anticipo in modo autonomo;

- allestire le stazioni pianificate con il setting adeguato (ambienti adatti alla gestione delle stazioni, attrezzature, materiali, manichini, casi simulati o pazienti standardizzati, ecc.); si ricorda che la durata della prova deve essere uguale e definita per ogni stazione: ciò condizionerà la qualità e soprattutto la quantità dei contenuti della prova;

- formare i tutori all'insegnamento e alla valutazione delle singole abilità,

- effettuare una simulazione di OSCE con le stazioni e le griglie così preparate, utilizzando a rotazione per detta simulazione gli stessi tutori che fungeranno da valutatori nella prove di esame;

- valutare criticamente in modo collegiale la prova di simulazione "step by step" e alla sua conclusione, per trarre dall'esperienza utili indicazioni concrete sull'applicazione reale del metodo nella pratica valutativa del CdLS

In un progetto di integrazione medico-chirurgica, gli insegnamenti di Clinica medica e Clinica chirurgica dell'Università Politecnica delle Marche hanno realizzato una prova pratica comune, secondo il modello OSCE.

Il numero di stazioni che costituiscono l'OSCE è, nel nostro progetto, di dodici; il tempo di permanenza dello Studente in ciascuna stazione è di 10 minuti; il tempo complessivo riservato all'intero percorso è quindi di 120 minuti per ciascuno studente.

L'elenco delle stazioni è riportato nella tabella 1.

Le abilità pratiche, la cui conoscenza è richiesta allo studente,

sono elencate nella tabella 2, suddivise nelle stazioni nelle quali vengono verificate; accanto a queste sono stati inseriti nella tabella anche alcuni obiettivi metodologici a consistente componente cognitiva, per realizzare una valutazione più estesa.

Lo Studente viene valutato su una sola abilità per ciascuna stazione.

La verifica dei comportamenti nelle singole prove richiede la presenza di un esaminatore munito di una griglia prestabilita, che gli consente di seguire la successione degli atti compiuti dallo studente e il modo con cui li ha compiuti.

L'OSCE si svolge una volta per ogni sessione di esame, quindi cinque volte in un anno, prima degli appelli di Clinica Medica e di Clinica Chirurgica destinati alla prova teorica, che consiste in un esame orale o scritto, basato su domande a scelta multipla, la prova teorica può essere affrontata anche da Studenti che non hanno superato quella pra-

1. Anamnesi (su paziente simulato con copione ad hoc)
2. Esame obiettivo generale (su manichino)
3. Esame obiettivo cardiovascolare (su manichino)
4. Esame obiettivo toraco-polmonare (su manichino)
5. Esame obiettivo dell'addome (su manichino)
6. Abilità e attività professionalizzanti mediche
7. Abilità e attività professionalizzanti chirurgiche
8. Diagnostica di laboratorio
9. Diagnostica strumentale
10. Manovre di emergenza (su manichino)
11. Day Surgery (in condizioni simulate)
12. Comunicazione: informazione al paziente e ai familiari (paziente simulato)

Tab. 1 - Elenco delle stazioni.

9

tica, ma l'acquisizione dei crediti è condizionata al superamento di entrambe le prove.

L'esame pratico può essere ripetuto senza limitazione nelle sessioni successive.

Le singole stazioni dell'OSCE sono curate dai Docenti afferenti

agli Istituti di Clinica Medica e di Clinica Chirurgica.

I Tutori sono scelti tra gli Specializzandi delle Scuole di specializzazione di Medicina interna e di Chirurgia Generale.

L'iscrizione all'OSCE avviene su internet per gruppi di studenti, con-

traddistinti da un numero progressivo.

Per consentire agli Studenti di affrontare la prova debitamente preparati, un ciclo di esercitazioni (laboratorio preclinico) relative alle abilità elencate viene svolto a partire dal 2 marzo, in due settimane esclusivamente dedicate all'apprendimento delle abilità (*clinical skills*).

Elenco delle Abilità richieste allo Studente, distribuite in dodici stazioni

In ciascuna stazione lo Studente viene valutato su una delle abilità indicate

1. Anamnesi (su paziente simulato con copione ad hoc)

Raccogliere l'anamnesi in una persona con:

Febbre, Vertigine, Dolore toracico ricorrente, Dispnea, Diarrea, Ingrandimento dei linfonodi in una stazione superficiale, Poliuria, Artrite periferica, Amenorrea, Cefalea

2. Esame obiettivo generale e del capo (su manichino)

Predisporre le condizioni ambientali e relazionali per l'esame obiettivo in situazione di correttezza e di privacy (1906)
Eseguire un esame obiettivo generale (rilievi generali dell'E.O.) (1864)
Eseguire l'ispezione e la palpazione dei linfonodi superficiali e riconoscerne le caratteristiche (1866)

Effettuare un esame della sensibilità

Effettuare un esame della forza e della motilità

Testare i riflessi normali e patologici osteotendinei e cutanei

Eseguire l'esame delle principali articolazioni (1891)

Eseguire l'esame obiettivo delle mammelle e dei linfonodi ascellari (1892)

Esplorare digitalmente il campo visivo (1890)

Esaminare i riflessi pupillari (1887)

Apprezzerne il tono oculare con la pressione digitale (1888)

3. Esame obiettivo cardiovascolare (su manichino)

Rilevare il polso centrale ed i polsi periferici e descriverne le caratteristiche (1871)

Misurare la frequenza cardiaca centrale e periferica (1868)

Misurare la pressione arteriosa (1867)

Effettuare l'esame obiettivo del cuore: ispezione (1870)

Effettuare l'esame obiettivo del cuore: palpazione (1870)

Effettuare l'esame obiettivo del cuore: auscultazione (1870)

4. Esame obiettivo toraco-polmonare (su manichino)

Eseguire l'ispezione con descrizione della regione toracica

Effettuare la palpazione del torace e la misurazione della frequenza respiratoria

Effettuare la percussione del torace

Auscultare il torace e descriverne i reperti

5. Esame obiettivo dell'addome (su manichino)

Ispezionare, palpare, percuotere e auscultare l'addome per l'individuazione delle patologie addominali (in particolare segni di peritonismo, ileo, ecc.) (1876)

Condurre l'E.O. del fegato (1878)

Eseguire l'esame obiettivo della milza (1880)

Eseguire l'esame obiettivo di reni, ureteri e vescica (1881)

Rilevare i segni obiettivi di ernia inguinale (1884)

6. Abilità e attività professionalizzanti mediche

Effettuare saturimetria (1773) e somministrare ossigeno con maschera di Ventura (1759)

Eseguire le manovre per il prelievo di un'emocoltura

Effettuare iniezioni intradermiche (1813)

Insegnare a un paziente la misurazione della glicemia mediante apparecchio elettronico portatile (1914)

Insegnare a un paziente le modalità di somministrazione dell'insulina (1915)

Gestire la terapia infusiva

Eseguire prelievi di sangue venoso da una vena periferica (1810)

Effettuare un prelievo arterioso (1817)

7. Abilità e attività professionalizzanti chirurgiche (su manichino)

Posizionare un sondino naso-gastrico (1754)

Posizionare catetere vescicale nell'uomo e nella donna (1780)

Eseguire una esplorazione rettale (1719)

Interpretare i risultati di una colonscopia diagnostica ed interventistica (1759)

Far eseguire esercizi di riabilitazione respiratoria (posturale e chinesologica) (1772)

8. Diagnostica di Laboratorio, Immunologia Clinica ed Ematologia

Usare il microscopio ottico regolandone i vari componenti (1797)

Effettuare l'esame microscopico di un sedimento urinario

Effettuare l'esame delle urine con stick

Allestire uno striscio di sangue periferico per lettura al microscopio (1799)

Leggere al microscopio lo striscio colorato di un sangue periferico patologico o normale

Effettuare su striscio di sangue la conta differenziale dei leucociti

Eseguire un'interpretazione diagnostica di un profilo biochimico tipico, per esempio: Infarto del miocardio, Iperemolisi, Insufficienza renale, Colestasi, Flogosi acuta batterica

Eseguire l'interpretazione diagnostica di un esame emocromocitometrico da analizzatore elettronico

Prescrivere indagini ematologiche mirate per condizioni cliniche definite: Leucemia mieloide cronica, Anemia da flogosi cronica, Anemia sideropenica, Plasmocitoma

Interpretare i risultati di un tracciato elettroforetico

Interpretare i risultati della ricerca di autoanticorpi

Interpretare i risultati di uno studio fenotipico linfocitario

Interpretare uno studio infettivologico e saperne indicare gli eventuali approfondimenti

9. Diagnostica strumentale

Posizionare sul diafanoscopio, analizzare e descrivere le strutture anatomiche su una radiografia del torace, normale o patologica

Interpretare il referto di una TAC o di una RM

Interpretare il risultato di un'ecografia addominale

Interpretare il risultato di un'ecografia dei tessuti molli

Interpretare il risultato di un'ecocardiogramma

Effettuare una corretta richiesta ed interpretare esami strumentali

vascolari non invasivi (Doppler) (1750)
 Interpretare il risultato di un esame capillaroscopico
 Esaminare con oftalmoscopio un fondo oculare (1839)
 Esaminare con otoscopio il canale uditivo e la membrana timpanica
 Interpretare il risultato di un EEG (1831)
 Interpretare il risultato di potenziali evocati (1832)
 Interpretare il risultato di un EMG (1833)
 Registrare ed esaminare un ECG (1746)
 Interpretare un esame spirometrico ed emogasanalitico (1767)
 Interpretare i risultati di un'endoscopia digestiva

10. Manovre di Emergenza (su manichino)

Effettuare le procedure standard per la rilevazione dei parametri vitali in condizioni di emergenza (1725)
 Effettuare un massaggio cardiaco esterno (1726)
 Eseguire respirazione bocca a bocca e con Ambu (1727)
 Effettuare la manovra di Haimlich (1728)
 Praticare intubazione tracheale
 Eseguire un tamponamento nasale anteriore per epistassi
 Realizzare una defibrillazione (1729)
 Valutare uno stato di perdita di coscienza

11. Day Surgery (in condizioni simulate)

Raccogliere anamnesi specifica per lesioni dei tessuti molli ad eziologia varia (post-trauma, neoplastiche, vascolari, da ustione, ecc.) e riconoscere le lesioni elementari
 Medicare lesioni cutanee: ferite, piaghe, ulcere (anche di origine vascola-

re), fistole (medicazioni tradizionali e avanzate) (1717)
 Medicare ustioni di grado lieve, medio e grave (1723)
 Preparare un campo sterile per un intervento di piccola chirurgia (1714)
 Applicare o rimuovere punti di sutura (1716)
 Eseguire correttamente bendaggi, medicazioni, ecc. post-operatori e loro valutazioni nel tempo

12. Comunicazione (in condizioni simulate: role playing)

Utilizzare la modulistica (prescrizioni, certificazioni, ecc.) di uso frequente per la Medicina generale (1794)
 Compilare una cartella clinica (1819)
 Compilare la lista dei problemi attivi e dei problemi passivi del paziente esaminato (1820)
 Compilare una relazione medica su un paziente (1821)
 Compilare una ricetta (1822)
 Eseguire una diagnosi di morte (1861)
 Assumere atteggiamenti personali e gestualità corretti ed adatti alla relazione con il paziente (1907)
 Informare il paziente e i congiunti di patologie gravi, invalidanti o con esito infausto e sui relativi trattamenti (1918), conoscendo ed applicando le disposizioni di legge e quelle richieste nella carta per la tutela dell'anziano e del malato anziano (1921)
 Informare un paziente sulle modalità e sui rischi di un esame invasivo
 Informare un paziente sulle modalità di assunzione, sui benefici e sui rischi di un trattamento (1920)
 Definire mediante il colloquio le capacità del paziente nell'effettuare le comuni attività della vita quotidiana (1931)

Tab. 2 - Elenco delle abilità richieste allo Studente. Tra parentesi è indicato il numero corrispondente di abilità elencate nel core curriculum nel corso di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia.

Sebastiano Filetti (Roma)

11

Scuole di specializzazione, nove quesiti al Prof. Pinchera

La proposta di riordino degli ordinamenti didattici delle Scuole di Specializzazione dell'Area Sanitaria nel quadro della riforma generale degli studi universitari è stata formulata da un Gruppo di Lavoro, composto da esperti del settore (istituito dal MIUR (D.M. 1/2/2001 e D.M. 28/2/2001) che ha elaborato le proposte redatte dai Referenti Nazionali delle Scuole di Specializzazione nelle riunioni coordinate dal CUN e dal MIUR negli ultimi quattro anni.

Il Vice presidente del CUN Prof. Aldo Pinchera che ha diretto e coordinato il gruppo di lavoro e che si è prodigato per armonizzare i contrasti e le richieste che tutte le aree culturali e sanitarie hanno avanzato sul tema del riordino delle Scuole di Specializzazione, ha acconsentito di buon grado ad illustrarci in dettaglio i contenuti e soprattutto gli indirizzi generali del testo di riordino delle Scuole di Specializzazione.

1° Quesito

Si tratta di riassetto e/o riordino o di riforma radicale dell'ordinamento? Questo è un punto essenziale. In genere negli ultimi anni ogni cambiamento (non per responsabilità degli organi tecnici) ma per interventi di ordine politico - amministrativo ha portato ad un'eccessiva burocratizzazione della nostra attività di docenti.

Le Scuole di Specializzazione per il corpo docente hanno rappresentato sinora un momento positivo ed efficace di attività didattica offrendo la possibilità di seguire con un rapporto diretto, contiguo e continuo l'iter formativo degli specializzandi, il timore è che questo riordino comporti una perdita di efficacia dell'insegnamento specialistico.

Prof. Pinchera

Si tratta di un riassetto delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria che nasce dalla necessità di rendere conforme gli ordinamenti didattici delle Scuole alle direttive dell'Unione Europea nel quadro della riforma generale degli Studi Universitari.

Vorrei sottolineare che con la razio-

nalizzazione degli ordinamenti didattici delle Scuole lo specializzando sarà in grado di conseguire non soltanto una valida base scientifica, ma anche e soprattutto una piena e autonoma capacità professionale che rappresenta l'obiettivo primario del riassetto.

2° Quesito

I docenti di Medicina Interna e Geriatria hanno più volte sottolineato la necessità che le specialità di area medica abbiano un percorso comune in grado di fornire un approfondimento delle aree generali su cui immettere il sapere specialistico.

Un percorso quindi alternativo al presente in cui il sapere specialistico (spesso settoriale) inizia già a livello di studente spesso nel momento di scegliere la tesi.

Prof. Pinchera

Questa esigenza è stata fortemente avvertita dalla Commissione che ho avuto l'onore di presiedere. Per raggiungere questo obiettivo è stato individuato, per gruppi di Scuole omogenee, un corpo di saperi comuni. Questo tronco o corpo comune rappresenta il complesso fondamentale di conoscenze nel quale si inseriscono le attività formative specifiche di ciascuna specialità. Ritengo che questo riordino potrà consentire per la prima volta di formare, ad esempio, uno specialista dell'area medica che nel contempo abbia una solida e completa preparazione in medicina interna.

3° Quesito

Quali sono i punti cardini di questo riassetto?

Prof. Pinchera

Direi che se la componente professionalizzante ha rappresentato per la Commissione l'obiettivo primario, questa finalità è stata perseguita attraverso un ampliamento delle attività formative specifiche che caratterizzano la Scuola: oltre due terzi dell'impegno orario dello specializzando sono infatti riservati alle attività prati-

che professionalizzanti.

Un terzo dell'impegno complessivo dello specializzando è riservato alle attività formative di didattica prevalentemente interattiva, onde assicurare una solida preparazione scientifica attraverso l'acquisizione critica del sapere.

Anche le attività formative tradizionalmente distinte in attività didattiche formali e in attività pratiche professionalizzanti sono concepite nei nuovi ordinamenti in un rapporto integrato e continuativo, dando una forte enfasi ai seminari e alla didattica interattiva.

Sono stati anche formalizzati diversi strumenti di verifica dell'apprendimento, quali le prove *in itinere*, il libretto-diario e la prova finale che consiste nella discussione della tesi di specializzazione, integrata dalle valutazioni periodiche e dal giudizio dei docenti-tutori.

4° Quesito

Il nostro ordinamento affida al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca il compito di conferire titoli legali e professionali, ciò vale in particolare per le specializzazioni di area medica. Questa disposizione è stata già incongruente disattesa con l'istituzione del corso di formazione di medicina generale: il timore è che nuove riforme o riordini portino ad un fuga centrifuga dall'Università sotto la pressione di altre Istituzioni o del Ministero della Salute.

Prof. Pinchera

Sotto questo aspetto è importante sottolineare che i profili professionali degli specialisti corrispondono a quelli individuati e garantiti dalle normative CEE per le Scuole riconosciute dall'Unione Europea e alle specifiche indicazioni del Ministero della Salute per quanto riguarda le Scuole istituite per le esigenze del SSN. La specifica competenza del MIUR per gli ordinamenti didattici stabilita per legge, l'afferenza delle Scuole alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, l'inserimento dei profili professionali come parte integrante degli ordina-

menti didattici costituiscono importanti elementi di garanzia per assicurare all'Università il ruolo centrale nella attribuzione dei titoli di specialista, nella istituzione e nella gestione della Scuola. Va peraltro rilevato che per una completa formazione professionale è indispensabile che ciascuna Scuola si avvalga di una rete formativa adeguata che comprenda strutture universitarie ed extrauniversitarie in misura proporzionata al numero degli specializzandi e alle specifiche richieste del percorso formativo specialistico. La direzione della Scuola è riservata a un docente universitario di ruolo, mentre le singole attività formative sono affidate a docenti universitari e docenti affiliati operanti in strutture non universitarie inserite nella rete della Scuola. Particolare importanza è assegnata alla funzione tutoriale articolata in tre distinte figure: a) docente-tutore *ad personam*; b) docente-tutore di gruppo; c) specializzando tutore.

5° Quesito

Quale sarà il ruolo delle regioni nel nuovo ordinamento?

Prof. Pinchera

Avranno un ruolo di indirizzo generale e di programmazione. A ciascuna Scuola è assegnata un'autonomia funzionale e organizzativa con afferenza alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e l'integrazione in una rete formativa di strutture universitarie ed extrauniversitarie proporzionata al numero degli specializzandi e adeguata al conseguimento di un complesso addestramento professionale.

Per garantire una piena ed efficiente utilizzazione delle risorse umane e strutturali sono indicate le linee generali per adeguare il numero e le dimensioni delle Scuole alle esigenze del sistema sanitario.

6° Quesito

Altro punto centrale più volte richiesto è quello di delineare il ruolo giuridico-normativo dello specializzando. Cosa è previsto nel nuovo ordinamento?

Prof. Pinchera

Questo è stato uno degli aspetti principali affrontato dalla Commissione. È chiaro che lo specializzando è inserito a tempo pieno nelle attività formative della Scuola e prende parte attiva alle attività assistenziali. È evidente, altresì, che il pieno impegno dello specializzando nelle attività formative teoriche e pratiche richiede misure di armonizzazione con i vincoli, anche orari, che devono essere previsti da un contratto di formazione.

Lo specializzando è inserito a tempo pieno nelle attività formative della Scuola e prende parte attiva alle attività assistenziali.

L'attività assistenziale degli specializzandi prevede una progressiva assunzione di responsabilità perso-

nale nell'esplicazione delle attività professionalizzanti fino a raggiungere la piena autonomia.

Va sottolineato che l'attività dello specializzando nelle strutture assistenziali e socio-sanitarie non può essere considerata o utilizzata a fini vicarianti le funzioni del personale di ruolo previsto dalla struttura.

7° Quesito

Come saranno stabiliti i numeri degli specializzandi per singola scuola?

Prof. Pinchera

Per garantire una piena ed efficiente utilizzazione delle risorse umane e strutturali sono state indicate le linee generali per adeguare il numero e le dimensioni delle Scuole alle esigenze del sistema sanitario, secondo i criteri di accreditamento stabiliti dall'Osservatorio Nazionale della Formazione Specialistica.

È da sottolineare che per ciascuna tipologia sarà consentita l'attivazione di una sola Scuola di Specializzazione per Facoltà di Medicina e Chirurgia, con la possibile eccezione di ulteriori Scuole in caso di corsi di laurea o poli didattici multipli in accordo con i criteri relativi alle dimensioni della rete formativa stabiliti dall'Osservatorio Nazionale.

Condizione indispensabile per l'attivazione della Scuola è che tale rete formativa sia adeguata e proporzionata al numero minimo (di norma di tre per anno di corso) e massimo di specializzandi iscrivibili, determinato dallo statuto della Scuola.

8° Quesito

Chi accrediterà le strutture ospedaliere regionali che parteciperanno all'iter formativo delle Scuole?

Prof. Pinchera

I criteri e le modalità per l'accreditamento e il monitoraggio delle Scuole, comprese le strutture extrauniversitarie, saranno stabiliti dall'Osservatorio Nazionale della Formazione Specialistica.

9° Quesito

È evidente che un tema così complesso come quello affrontato dalla Commissione da Lei presieduta comporti un lungo processo di elaborazione e soprattutto di mediazione tra diverse esigenze. Alla fine di questo iter vorremmo chiederLe se è soddisfatto del testo finale che sarà sottoposto all'approvazione o ritiene che aspetti politici-amministrativi abbiano alterato quello che era l'orientamento tecnico della commissione da Lei presieduta.

L'elaborazione della proposta di riassetto delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria ha comportato un complesso e articolato lavoro che si è svolto nell'arco di oltre cinque anni ed è stato condotto dalla Commissione "ad hoc" istituita dal MIUR con una stretta interazione con il CUN e i funzionari del Ministero.

Fondamentale nella elaborazione della proposta è stato l'apporto dei

Referenti Nazionali delle singole tipologie delle Scuole che in più occasioni hanno svolto il loro ruolo propositivo. La redazione della proposta è stata progressivamente affinata e completata in base ai suggerimenti e ai rilievi avanzati dalla Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e dai esponenti delle società scientifiche e dei collegi dei docenti universitari. L'interazione costante con l'Osservatorio Nazionale della Formazione Specialistica che comprende rappresentanti del Ministero della Salute, delle Regioni e degli Specializzandi, oltre ai componenti designati dal CUN e dalla CRUI, ha reso possibile una sostanziale armonizzazione con le esigenze delle istituzioni extrauniversitarie, tenendo anche presente il punto di vista degli specializzandi. I risultati conseguiti sono il frutto di un grande sforzo inteso a conciliare il rigore richiesto per assi-

curare un'adeguata preparazione scientifica, con l'esigenza dello specializzando di conseguire una piena autonomia professionale. La proposta di riassetto è stata definitivamente approvata dal CUN, mentre sono state avviate le procedure per l'approvazione da parte del Consiglio Superiore di Sanità. Nei prossimi mesi la proposta di riassetto dovrebbe essere trasformata in un provvedimento legislativo. È peraltro necessario che questo provvedimento sia completato dall'approvazione dei criteri e delle modalità di accreditamento delle Scuole individuate dall'Osservatorio Nazionale della Formazione Specialistica. Il successo finale dipende però in larga misura dal modo in cui i docenti saranno determinati nell'accogliere, nell'applicare e nel garantire lo spirito innovativo introdotto con il piano di riassetto delle Scuole di Specializzazione di Area Medica.



Roberto Delsignore (Parma)

Master universitari di 1° livello

14

Il rationale per l'attivazione di Master Universitari di primo livello delle Professioni Sanitarie poggia sul presupposto che, in un Sistema Sanitario che tende sempre ad una migliore qualificazione, sia indispensabile fornire gli strumenti per una formazione che dia buoni risultati per:

- qualità dell'assistenza erogata ai cittadini;
- corretto utilizzo delle risorse.

I Master Universitari di Area Sanitaria rappresentano una modalità di formazione complementare degli operatori sanitari, finalizzata all'acquisizione di competenze specifiche nell'ambito della formazione post-base, qualificante e specializzante.

Il Master deve garantire una formazione professionalizzante orientata a problemi peculiari di specifici settori della Sanità e della salute dei cittadini:

- Sanità Pubblica
- Area Pediatrica
- Salute Mentale/Psichiatria
- Geriatria
- Area critica

È importante che, nella pratica attuazione degli ordinamenti didattici dei singoli Master, i programmi dei percorsi formativi non siano una mera ripetizione di lezioni già impartite o di attività pratiche già svolte durante i Corsi di Laurea (o di D.U.), ma siano finalizzati alla formazione di professionisti con particolari e specializzate competenze sanitarie e gestionali.

Il Master conseguito nelle Università Italiane è un titolo di studio valido a livello europeo.

La formazione, pertanto, deve concernere gli approcci metodologici ai percorsi formativi e gli orientamenti nazionali ed internazionali sull'assistenza, nelle rispettive tipologie di Master.

Sul tema dei Master, la Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie riunita a Catania il 3-4 ottobre 2003, per il Meeting semestrale 2003, ha deliberato quanto segue:

- preso atto delle relazioni presentate riguardo all'attivazione dei Master Universitari di 1° Livello nelle diverse Facoltà Mediche italiane e constatata una rilevante varietà di situazioni, con utilizzazione anche impropria di uno strumento formativo che dovrebbe essere rivolto a far acquisire "competenze additive professionali" non tipizzate secondo titoli di studio predefiniti;
- ritenuto di dover indicare, pertanto, tipologie di Master rispondenti ad interessi largamente condivisi e ritenuto comunque utile confrontare tali tipologie nell'ambito del "Tavolo di confronto" recentemente costituito dalla Conferenza dei Presidi con gli Assessorati Regionali alla Sanità, anche al fine di risolvere gli ultimi problemi connessi con l'attivazione delle Lauree Specialistiche per le Classi delle Professioni Sanitarie

approva le seguenti considerazioni e proposte:

- a) i corsi di Master debbono essere mantenuti nell'ambito stretto delle previsioni normative, in quanto rivolti ad acquisire competenze professionali additive per coloro che già sono inseriti nella vita professionale;
- b) è auspicabile che l'organizzazione dei corsi tenga conto di quanto sopra, prevedendo anche modalità di frequenza *part-time*;
- c) la durata dei Master e la tipologia dei *curricula* non debbono essere o apparire sostitutive o alternative del biennio di laurea specialistica, potendo, peraltro, essere considerati utili ad un'acquisizione di Crediti Formativi Universitari comunque non superiore al 30% del piano formativo proprio del 1° anno del biennio specialistico.
- d) Ritiene decisamente positiva la formazione di un "Tavolo di confronto" tra Facoltà mediche ed Assessorati Regionali alla Sanità, dichiarandosi disponibile a partecipare a riunioni che abbiano come tema la programmazione dei Corsi di Laurea (di 1° Livello o Specialistica), del numero di Corsi di Laurea da attivare, del numero di Studenti da iscrivere ai singoli Corsi di Laurea, del *core-curriculum* identificativo del piano formativo.

Gli ordinamenti didattici devono offrire la possibilità di acquisire crediti formativi/professionali per l'accreditamento del professionista.

I crediti acquisiti con il Master di 1° Livello potranno inoltre essere riconosciuti per il proseguimento degli Studi con la laurea Specialistica.

La frequenza è obbligatoria.

Durante il Corso sono previste verifiche periodiche di accertamento

delle competenze acquisite e una prova finale (che non dà luogo a votazioni).

Vi possono accedere anche coloro che sono già inseriti in ambiti professionali.

È indispensabile, pertanto, che i programmi didattici siano formulati in modo da consentire la frequenza a studenti che già sono inseriti in un contesto di lavoro.

15

L'Unità Geriatrica per Acuti

L'aumento dell'aspettativa di vita che si è verificato soprattutto nell'ultimo decennio, particolarmente in Italia, ha determinato un aumento considerevole della percentuale di soggetti anziani ricoverati nelle Unità Operative di Medicina Interna. Una parte di questi, oltre alla malattia acuta che ha portato al ricovero, presenta condizioni di comorbidità per malattie croniche multiple, spesso associate a decadimento cognitivo e problematiche sociali. In questi pazienti "fragili" il ricovero ospedaliero comporta la comparsa o l'aggravamento di disabilità, per cui, al momento della dimissione, anche se si è ottenuta la guarigione dell'evento acuto, rimangono irrisolti alcuni problemi sanitari o sociali, per i quali si deve ricorrere necessariamente a nuove ospedalizzazioni o alla istituzionalizzazione.

Da queste premesse appare evidente come le modalità assistenziali tradizionali, che devono avere come scopo precipuo la guarigione della malattia acuta, non siano sufficienti a far fronte a queste nuove esigenze dell'anziano con problematiche complesse. Per gli anziani "fragili", sebbene rappresentino una quota minoritaria di tutti gli anziani ricoverati in ospedali per acuti, è dunque necessaria una struttura specifica: l'Unità Geriatrica per Acuti. Questa non rappresenta semplicemente una Unità Operativa nella quale la cura dei pazienti è affidata a geriatri invece che ad internisti. Si tratta piuttosto di un reparto nel quale la cura dell'anziano fragile è affrontata attraverso una visione integrata dei problemi sanitari e sociali (approccio multidimensionale), con una particolare attenzione alla prevenzione del declino funzionale e alla proiezione assistenziale sul territorio nella fase post-acuta, allo

scopo di assicurare la continuità delle cure nel passaggio tra ospedale e domicilio.

Per perseguire questo obiettivo, l'Unità Geriatrica per Acuti utilizza come strumento specifico la collaborazione interdisciplinare. Il team geriatrico, guidato dal geriatra, deve comprendere: infermiere, fisioterapista, terapeuta occupazionale, assistente sociale e dietista, ed ha la responsabilità di coordinare e fornire al paziente un programma globale di cura. L'enfasi data alla collaborazione interdisciplinare riflette l'importanza della valutazione multidimensionale nell'indirizzare l'intervento alle specifiche necessità fisiche, psichiche e sociali dell'anziano ospedalizzato. Una seconda caratteristica delle Unità Geriatrica per Acuti di rilevante importanza è costituita dalla organizzazione architettonica e funzionale. Il reparto di Geriatria per Acuti non può diventare tale per la semplice apposizione di una targa, ma deve

poter dedicare spazi adeguati alla socializzazione ed alla riabilitazione, disporre di servizi appositamente studiati per gli anziani disabili e, infine, facilitare, con vari accorgimenti, l'orientamento spaziale e cronologico. Infine una terza caratteristica è la preparazione di un piano di dimissione, che comprenda i vari aspetti dell'assistenza socio-sanitaria e che deve essere strutturato già nelle prime fasi del ricovero ospedaliero e successivamente aggiustato durante l'intera degenza, anche con la partecipazione della famiglia o del *care-giver* e del medico di medicina generale.

Le evidenze scientifiche derivanti dagli studi randomizzati controllati esistenti dimostrano che la cura dell'anziano all'interno di una Unità Geriatrica per Acuti con le caratteristiche descritte, qualora venga attuata un'adeguata selezione della casistica, è in grado di ridurre sostanzialmente la mortalità degli anziani fragili ricoverati



per patologie acute. Ancora maggiori evidenze supportano l'efficacia dell'Unità Geriatrica per Acuti nel prevenire lo sviluppo di disabilità od il suo aggravamento dopo un evento acuto, nel ridurre il tasso di istituzionalizzazione dopo la dimissione dall'ospedale e nel migliorare, infine, il grado di soddisfazione dei pazienti, dei loro familiari e del personale sanitario. Ma un altro aspetto rilevante da sottolineare è che tale modello assistenziale è capace di ridurre, nel lungo termine, i costi globali - sanitari e sociali - legati all'assistenza di pazienti anziani divenuti ormai permanentemente disabili. Ovviamente l'Unità Geriatrica per Acuti deve essere collocata all'interno della rete integrata dei servizi territoriali, in modo da poter assicurare la continuità assistenziale proprio nella fase di dimissione ospedaliera, affidando direttamente il paziente geriatrico, attraverso un programma concordato, al servizio assistenziale più adeguato alle condizioni del momen-

to, solitamente l'Assistenza Domiciliare Integrata.

Questa modalità di assistenza non è indirizzata alla totalità della popolazione anziana in quanto l'anziano con patologia acuta, ma senza una sostanziale comorbidità o comunque senza le caratteristiche della "fragilità", può essere curato efficacemente anche nelle Unità Operative tradizionali. L'utente di elezione dell'Unità Geriatrica per Acuti è, invece, l'anziano con patologia acuta o cronica riacutizzata, soprattutto se affetto da polipatologia, caratterizzato da complessità o problematiche sociali, ad elevato rischio di disabilità.

Questa tipologia di pazienti rappresenta un settore non prevalente degli anziani afferenti all'ospedale per acuti e lo sforzo organizzativo ed economico necessario ad adeguare il numero delle strutture geriatriche esistenti alle attuali esigenze epidemiologiche appare senz'altro sostenibile.

Collegio dei Professori di Medicina Interna

Composizione della Giunta

Presidente

Franco Dammacco

Past President

Renato Lauro

Segretario

Sebastiano Filetti

Membri

Roberto Corrocher

Giorgio Emanuelli

Almerico Novarini

Alessandro Rappelli

Umberto Senin

MED 09, Medicina Interna Universitaria

Bollettino del Collegio dei Docenti di Medicina Interna

Direttore Editoriale

Franco Dammacco

Comitato Editoriale

Roberto Corrocher, Giorgio Emanuelli,

Sebastiano Filetti, Renato Lauro, Almerico

Novarini, Alessandro Rappelli, Umberto Senin

Indirizzo del Presidente

Dipartimento di Medicina Interna e

Oncologia, Policlinico, Piazza Giulio

Cesare, 5 - 70124 Bari

Tel. 080/5478862

e-mail: f.dammacco@dim.uniba.it

Redazione:

Istituto Clinica Medica Generale,

Ematologia ed Immunologia Clinica

Polo Didattico Scientifico

Via Tronto, 10 - 60020 Torrette di Ancona

Tel. 071 2206101 - Fax 071 2206103

E-mail: istclinmedan@univpm.it

Direttore Responsabile

Giovanni Danieli

Segretaria di Redazione

Daniela Pianosi

Stampa

Errebi Grafiche Ripesi - Falconara

Editrice



Via N. Tartaglia, 3 - 00197 Roma

Tel. 068077011-068082101

Fax 068072458

E-mail: info.cepi@aimgroup.it

Indirizzo Internet: <http://www.aimgroup.it>