

3/06

MED

09

Trimestrale di informazione

Poste Italiane SpA Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003
(Conv. in L. 27/02/2004 n. 46) Art. 1, Comma 1, DCB Ancona
Supplemento n. 1 del Bollettino della Società Italiana di Medicina Interna - n. 3/2006
Registrazione Tribunale di Ancona n. 1298 del 12.3.1998

s o m m a r i o

1 LETTERA DEL PRESIDENTE

Franco Dammacco

SEZIONE DIDATTICA

5 Scuola di Specializzazione in

Geriatría

a cura dei Direttori delle Scuole

- 11 Esempio di cartella clinica
orientata per problemi e per
ipotesi diagnostiche
di Giuseppe Realdi**

VITA DEL COLLEGIO

- 13 Verbali delle riunioni della
Giunta esecutiva (13/7/2006
e 24/7/2006)**
- 15 Manifesto unitario dei Collegi di
Medicina Interna e di Chirurgia
Generale**
- 16 Organigramma del Collegio dei
Docenti di MED/09**

presentazione

Cari Colleghi,

alla ripresa autunnale delle nostre attività istituzionali, ci attendono una serie di scadenze e di novità delle quali è bene che si discuta estesamente nell'ambito del nostro Collegio.

Questa "Lettera del Presidente" sarà infatti incentrata su alcuni punti importanti che riguardano da vicino il nostro Settore Scientifico-Disciplinare.

1) Il mandato triennale dei Componenti gli Organi Ufficiali del Collegio scadrà nel febbraio 2007. Benché tale scadenza possa sembrare ancora lontana nel tempo, la Giunta Esecutiva ha accolto la mia proposta di indire le votazioni per il rinnovo in occasione dell'Assemblea che, come di consueto ed in ottemperanza a quanto previsto dallo Statuto, si terrà nel corso del 107° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Interna. Per l'esattezza, la data stabilita per le votazioni è lunedì 23 ottobre 2006, presso l'Aula D del Centro della Cultura e dei Congressi di Cagliari.

Saranno chiamati a votare tutti i Docenti del Settore Scientifico-Disciplinare MED/09 in regola con l'iscrizione al Collegio e con il pagamento della relativa quota associativa. Ogni elettore potrà esprimere una sola preferenza, ovviamente individuando tale preferenza tra le candidature corrispondenti a quelle espresse dalla propria fascia. Come sancito dallo Statuto, saranno eletti nella Giunta Esecutiva cinque Professori Ordinari, tre Professori Associati e due Ricercatori ai quali si aggiungerà la figura del Presidente che, pur dovendo essere individuato tra i Professori Ordinari, sarà votato da tutte e tre le fasce di Docenza in maniera che egli risulti l'espressione dell'intero Collegio, a garanzia delle istanze di tutti.

Tra i Componenti della Giunta Esecutiva in scadenza, hanno confermato la volontà di ricandidarsi due Professori Ordinari, due Associati ed un Ricercatore, mentre per la carica di Presidente io ho da tempo informato la Giunta Esecutiva e tutti i Colleghi Internisti (come da e-mail del 6 e del 14 settembre 2006) dell'in-

tenzione di riproporre la mia candidatura per il triennio 2007-2009. Inoltre, in risposta alle suddette e-mail con le quali chiedevo ai Colleghi che lo avessero desiderato di formalizzare la propria candidatura, ho ricevuto diverse disponibilità. L'elenco dei Candidati, suddivisi per fasce, è riportato a pag. 12 di questo Bollettino e sarà ovviamente disponibile a Cagliari, nella sede delle votazioni. Ma sia ben chiaro che sarà possibile aggiungere altri nomi a quelli di tale elenco, anche all'ultimo momento, prima che inizino le operazioni di voto.

Mi auguro vivamente che si realizzi un'alta affluenza di votanti, per fare in modo che la Giunta Esecutiva sia davvero espressione di un'ampia maggioranza dei Componenti il nostro Settore Scientifico-Disciplinare.

L'innovativo Statuto del nostro Collegio, varato il 29 marzo 2004, ha ormai superato la fase del rodaggio e ha dimostrato all'atto pratico di essere un modello efficace di rappresentanza ai vari livelli delle istanze della Medicina Interna. Prova ne sia che i Presidenti dei Collegi afferenti ad altre Discipline hanno richiesto copia del nostro Statuto perché intendono modificare il proprio ispirandosi alle nostre norme statutarie, in particolare per quanto riguarda l'allargamento dei Membri del Collegio anche ai Professori Associati ed ai Ricercatori.

Ad ogni modo, le gravi problematiche che affliggono il sistema universitario del nostro Paese rappresenteranno un importante banco di prova della nuova Giunta Esecutiva, i cui Componenti dovranno concentrare con determinazione e conti-

nuità i propri sforzi affinché l'azione del nostro Collegio possa risultare proficua ed incisiva.

Oltre alla Giunta Esecutiva, eleggeremo a Cagliari il Collegio dei Proviviri, costituito da tre Membri effettivi e due Membri supplenti, nonché il Collegio dei Sindaci (comprendente anch'esso tre Membri effettivi e due supplenti). I Sindaci, al contrario dei Proviviri, non possono essere rieletti.

Desidero infine ricordare che l'organigramma del nostro Collegio comprende anche i Referenti di Sede in numero di tre Rappresentanti (un Ordinario, un Associato ed un Ricercatore) per ogni singola Facoltà di Medicina e Chirurgia. Poiché gli attuali Rappresentanti non sono rieleggibili, bisognerà che gli Internisti di ogni Sede individuino al loro interno altri tre nomi e li propongano alla nuova Giunta Esecutiva. Richiamo l'attenzione dei Colleghi sul ruolo tutt'altro che trascurabile spettante ai Referenti di Sede, che dovrebbero agire da *trait-d'union* tra Giunta Esecutiva e realtà internistica locale.

2) Ho già avuto modo di informare i Colleghi Internisti (con la mia e-mail del 22 settembre 2006) degli incontri che la Giunta Esecutiva da me presieduta ha avuto con quella del Collegio MED/18 - Chirurgia Generale. Il Presidente di tale Collegio, Prof. Emanuele Lezoche, ed i suoi Colleghi di Giunta hanno manifestato un'ampia disponibilità alla collaborazione, al fine di perseguire la realizzazione di una serie di obiettivi connessi alle funzioni istituzionali della Didattica, della Ricerca e dell'Assistenza nei rispettivi Settori. La tenace volontà

di sinergizzare idee e linee operative si è tradotta nella stesura di un "Manifesto Unitario dei Collegi di Medicina Interna e di Chirurgia Generale", il cui testo ho già fatto pervenire ad ognuno di Voi per posta elettronica ed è comunque riportato nelle pagine seguenti di questo Bollettino. Esso sarà ovviamente sottoposto alla discussione collegiale e all'eventuale approvazione in Assemblea, per cui potrà diventare operativo soltanto dopo ratifica da parte della stessa Assemblea.

Ma si tratta pur sempre di un'iniziativa meritoria e senza precedenti, alla quale auspicherei che possa seguire l'adesione di altri Collegi, ad esempio quello dei Neurologi, in maniera da poter esercitare congiuntamente una più efficace e produttiva "forza d'urto" culturale.

3) Probabilmente molti di Voi saranno già informati che dal 4 al 20 dicembre 2006 sono indette le votazioni per l'elezione del Consiglio Universitario Nazionale, recentemente riformato con il Decreto Legislativo del 18/05/06. Il nostro Settore Scientifico-Disciplinare afferisce all'Area 06, della quale fanno parte anche i Chirurghi ed un numero elevatissimo di Docenti i cui settori scientifico-disciplinari vanno da MED/01 a MED/50. Sarebbe altamente desiderabile che, nell'ambito del sopra menzionato accordo con il Collegio di Chirurgia Generale, fosse possibile esprimere candidature comuni sia per il Professore Ordinario che per il Professore Associato. Vi ricordo che i Rappresentanti dell'Area 06, unitamente a quelli di altre sei Aree, sulla base del sorteggio effettuato a

3

norma dell'art. 4 del suddetto Decreto Legislativo, restano in carica per sei anni, in deroga a quanto previsto dalla Legge medesima. Appare pertanto evidente l'importanza di eleggere nel Consiglio Universitario Nazionale un Rappresentante sensibile alle istanze della Medicina Interna e della Chirurgia Generale, che sia in grado di salvaguardare e di sviluppare tali istanze fino al termine del 2012.

Nonostante i numerosi contatti personali e telefonici, ho potuto raccogliere poche candidature tra i Professori Ordinari del nostro Settore in grado di garantire l'ampio consenso necessario per essere eletti. Fra i Colleghi Chirurghi, invece, il Prof. Maurizio Basile (Ordinario di Chirurgia Generale all'Università di Messina) ha in più sedi (ivi comprese due riunioni tra le Giunte Esecutive dei due Collegi) manifestato la decisa volontà di porre la propria candidatura. In teoria, questa proposta potrebbe ricevere anche il consenso della Medicina Interna se fosse associata ad analogo impegno da parte dei Chirurghi nel sostenere la candidatura di un Professore Associato afferente a MED/09, in particolar modo se ciò comportasse una possibile alternanza delle candidature (un Ordinario per la Medicina Interna ed un Associato per la Chirurgia Generale la prossima volta, benché promesse di questo genere siano poi difficili da mantenere quando si pensi che l'elettorato attivo dell'Area 06 tornerà a votare tra sei anni!). Ma il punto cruciale, che introduce un ampio margine d'imprevedibilità nelle votazioni degli Internisti e dei Chirurghi, deriva dal fatto che il Prof.

Andrea Lenzi, Ordinario di Endocrinologia all'Università di Roma. "La Sapienza", ha già posto da tempo la sua candidatura. Il Prof. Lenzi è Membro uscente dell'attuale Consiglio Universitario Nazionale, nel quale entrò otto anni orsono in veste di Ricercatore, compiendo negli anni successivi gli ulteriori passi della sua carriera accademica. Nel corso di questi anni, Andrea Lenzi ha svolto le sue funzioni nel Consiglio Universitario Nazionale con impegno e determinazione. La sua candidatura è pertanto autorevole, e mi consta sia sostenuta da diversi settori scientifico-disciplinari. L'unico elemento che, a mio avviso, potrebbe rappresentare una remora è proprio la sua lunga permanenza nel Consiglio Universitario Nazionale uscente per cui, ove fosse rieletto, egli aggiungerebbe agli otto anni precedenti altri sei.

La Giunta Esecutiva del nostro Collegio sta facendo del suo meglio per svolgere un ruolo attivo in queste votazioni, evitando di farsi pilotare o trainare da altri settori, ma dovendo al tempo stesso fare i conti con le disponibilità offerte dagli Internisti Ordinari a candidarsi. Sarà comunque mio compito informarVi dettagliatamente in sede di Assemblea circa le decisioni che la Giunta Esecutiva prenderà nelle prossime settimane. Vi anticipo inoltre che lo stesso Prof. Lenzi mi ha verbalmente chiesto di poter intervenire nella nostra Assemblea del 23 ottobre 2006, con l'intento di esporre brevemente il suo programma elettorale.

4) È a tutti noi ben noto che la Legge Moratti sul riordino del reclutamento della Docenza Universitaria prevede

l'adozione dei Decreti attuativi, che regoleranno le votazioni attraverso le quali si giungerà ad individuare i nomi dei potenziali Commissari che, per estrazione, entreranno a far parte delle Commissioni per il conseguimento dell'idoneità nazionale. Vi ricordo inoltre che, rispetto alle esigenze espresse dalle Università, il numero delle idoneità sarà raddoppiato nei primi due anni per i Professori Ordinari e quadruplicato nello stesso biennio per i Professori Associati.

È molto verosimile che per entrambe le idoneità si abbia un elevato numero di candidati, per cui le Commissioni saranno chiamate ad un delicato e complesso lavoro di valutazione del curriculum presentato da ciascuno di essi.

Nell'ambito del nostro Collegio, una Commissione presieduta da Roberto Corrocher ha messo a punto una serie di criteri ai quali i Commissari potrebbero improntare, nel più assoluto rispetto per le loro prerogative, il loro delicato lavoro di valutazione comparativa. Tali criteri, relativi alle attività didattiche, scientifiche ed assistenziali (tra loro inscindibili) sono in parte sovrapponibili a quelli già noti, ma comprendono anche elementi di giudizio più rigorosi e maggiormente rispondenti ai criteri riconosciuti dalla collettività scientifica internazionale.

Non appena il documento della Commissione Corrocher sarà stato approvato dalla Giunta Esecutiva (ormai da quella che deriverà dalle votazioni del 23 ottobre del 2006), spetterà al Presidente della stessa Giunta farlo pervenire a tutti, con l'ovvia

implicazione che si tratterà pur sempre di linee guida generali, delle quali le Commissioni giudicatrici terranno conto nella misura che riterranno più opportuna, nel rispetto della loro autonomia di giudizio e del loro senso di responsabilità.

5) Essendosi già svolte due edizioni congressuali del nostro Collegio, sono state poste le basi perché il Congresso del Collegio diventi un importante appuntamento annuale per tutti gli Internisti. Di proposito, le due precedenti edizioni si sono svolte entrambe in maggio, e quindi a

distanza di circa sei mesi dal Congresso della Società.

Anche nel 2007, salvo che la nuova Giunta sia di diverso avviso, si svolgerà il Congresso del Collegio (il terzo della serie) e la data probabile sarà martedì 15 maggio 2007. La sede dovrebbe essere anche questa volta l'Aula Pocchiarri dell'Istituto Superiore di Sanità se, come mi auguro, ci sarà concesso l'uso gratuito della sala come nelle due precedenti occasioni.

Stiamo studiando i possibili temi di Relazioni e Tavole rotonde, che

saranno portati a Vostra conoscenza nei prossimi mesi. Ma, ovviamente, saranno graditi tutti i Vostri suggerimenti e le critiche costruttive derivanti dalle prime due esperienze congressuali.

Perché il Collegio possa svolgere in maniera veramente efficace le sue funzioni, è indispensabile mantenere frequenti contatti tra tutti gli iscritti. Per questo motivo, il Congresso offre l'occasione non soltanto per dibattere problematiche generali connesse al nostro ruolo istituzionale universitario, ma anche per convocare una seconda Assemblea, in aggiunta a quella che statutariamente si tiene in occasione del Congresso Annuale della SIMI.

In attesa di incontrarVi a Cagliari, Vi saluto con viva cordialità.

Franco Dammacco

Convocazione

Assemblea del Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna COLMED/09

L'Assemblea dei Docenti del settore scientifico-disciplinare (SSD) MED/09 è convocata per lunedì 23 ottobre 2006, dalle ore 10 alle ore 12.30, presso l'Aula D del Centro della Cultura e dei Congressi (Cagliari) per discutere e deliberare sul seguente ordine del Giorno

1. Comunicazioni del Presidente
2. votazione per il rinnovo degli Organi ufficiali del Collegio per il triennio 2007-2009
3. Discussione ed approvazione del "Manifesto Unitario dei Collegi di Medicina Interna e di Chirurgia Generale"
4. Candidature per l'elezione dei rappresentanti dell'Area 06 nel Consiglio Universitario Nazionale
5. Riordino del reclutamento dei Professori universitari e decreti attuativi per il conseguimento dell'idoneità nazionale
6. Varie ed eventuali

Possono partecipare all'Assemblea tutti i Docenti del SSD MED/09, ma il diritto di voto è riservato esclusivamente ai Docenti iscritti al Collegio ed in regola con il pagamento della quota associativa.

IL PRESIDENTE
Prof. Franco Dammacco

5

Scuola di Specializzazione in Geriatria

a cura dei Direttori delle Scuole

Documento approvato dai Direttori delle Scuole di Specializzazione in Geriatria della Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università Italiane

Aggiornamento 19.9.2006

1. Introduzione

Nel nuovo ordinamento didattico delle Scuole di Specializzazione (D. M. 1.8.2005, G.U. n. 258, 5/11/2005 suppl. ord. N.176), la Scuola di Specializzazione in Geriatria (SSG) si colloca nella classe della *Medicina Clinica Generale*, assieme alle Scuole di Specializzazione in Medicina Interna, Medicina dello Sport, Medicina Termale, Oncologia Medica, Medicina di Comunità.

Per ogni tipologia di Scuola di Specializzazione, e quindi anche per quella in Geriatria, l'ordinamento propone la definizione dei profili professionali di apprendimento che identificano le conoscenze, le attitudini e le competenze, che lo specialista dovrà possedere per svolgere la propria attività professionale.

Per l'intera classe della Medicina Clinica Generale, le attività formative vengono distinte in:

- attività di base (5 CFU);
- attività caratterizzanti (270 CFU), distinte in tronco comune (81 CFU) e specifiche (189 CFU);
- attività affini, integrative e interdisciplinari (5 CFU);
- attività finalizzate alla prova finale (15 CFU);
- altre attività (5 CFU).

Almeno il 70% del complesso delle attività formative (210 CFU) è riservato alle attività professionalizzanti (pratiche e di tirocinio); il rimanente 30% (90 CFU) viene riservato alle attività didattiche formali.

Considerando che 300 CFU, previsti per i 5 anni della SSG, sviluppano un totale di 7.500 ore (1.500 ore/anno) e che l'orario di servizio di un assistente in formazione è di 38 ore/settimana, corrispondente a 1824 ore/anno (9.120 ore in 5 anni, escludendo 4 settimane di assenza giustificata/anno, corrispondente al congedo ordinario), si conviene di attribuire ad 1 CFU di didattica formale 25 ore e ad 1 CFU di didattica professionalizzante 33 ore. In tal modo, il carico formativo (2250+6930=9.180 ore in 5 anni) cor-

risponde sostanzialmente all'attività assistenziale dell'assistente in formazione.

2. Il ruolo dello Specialista in Geriatria nel servizio Sanitario Nazionale (SSN)

L'aumentata incidenza e prevalenza delle malattie cronic-degenerative e della disabilità, quale conseguenza del sensibile aumento dell'aspettativa media di vita che si è realizzato soprattutto a partire dalla seconda metà del secolo scorso, ha messo in crisi il modello assistenziale fondato sul duopolio ospedale-medico di medicina generale (MMG). In particolare, si è assistito alla crescita rapidissima di una nuova categoria di pazienti, di età avanzata o molto avanzata, con comorbidità, polifarmacoterapia ed una o più delle seguenti condizioni: compromissione della funzione fisica e/o cognitiva, incontinenza sfinterica, deficit nutrizionali, anemia, sarcopenia, osteoporosi, rischio di cadute e fratture, tono dell'umore depresso, problematiche di tipo socio-economico, quali solitudine e povertà^{1,2}. Caratteristica di questi pazienti è l'estrema vulnerabilità, per incapacità di reagire efficacemente ad eventi che turbano la loro precaria omeostasi quali, ad esempio, una importante variazione della temperatura ambientale (vedi l'emergenza anziani durante i mesi estivi nel nostro Paese), il riacutizzarsi di una malattia cronica, l'instaurarsi di una malattia acuta, anche se di modesta entità, un evento traumatico di natura sia fisica che psico-emozionale, così come un semplice procedimento diagnostico o un comune intervento terapeutico^{3,5}.

Naturalmente, quanto maggiore è il grado di vulnerabilità e di instabilità clinica, tanto maggiore è il rischio che fattori anche banali inneschino una catena di eventi anche ad esito rapidamente catastrofico (*scompenso a cascata*). Si tratta di una realtà dal forte impatto sul SSN e sul welfare, per i notevoli bisogni assistenziali che tali pazienti presentano.

Negli ultimi due decenni, un'ampia letteratura internazionale ha definito questo tipo di paziente "anziano fragile" (*frail elderly*), identificandolo come target specifico della Geriatria^{3,4}. Nella

sua componente fisica la fragilità, che ha conseguenze cliniche potenzialmente complesse e rilevanti (Tab. 1), è caratterizzata dalla presenza di tre o più dei seguenti elementi, tutti definiti in base a criteri standardizzati e validati: debolezza muscolare, perdita di peso, rallentata andatura, affaticabilità, bassi livelli di attività fisica⁶. Tuttavia, la fragilità può essere condizionata anche da problematiche psico-affettive (deficit cognitivi, sintomatologia depressiva, ecc.), così come da fattori estranei allo stretto ambito clinico, quali la vedovanza, il cambio di domicilio, o l'istituzionalizzazione. Dal punto di vista biologico, la fragilità si associa spesso ad uno stato pro-infiammatorio e ad alterazioni della coagulazione e del metabolismo.

L'anziano fragile è paziente ignorato dalla medicina clinica tradizionale fino ad un recente passato, perché numericamente irrilevante e considerato poco gratificante sul piano professionale, in quanto giudicato spesso inguaribile e scomodo da gestire.

È specifico merito della Geriatria aver dimostrato, attraverso un rigoroso processo scientifico-culturale, che tale paziente ha reali possibilità di recupero solo grazie alla sistematica applicazione dei principi e della metodologia di valutazione ed intervento che caratterizzano la disciplina stessa, in una rete integrata di strutture e servizi, sia ospedalieri che distrettuali. Numerose evidenze scientifiche, infatti, hanno dimostrato la superiorità del modello assistenziale geriatrico, rispetto a quello tradizionale, nella gestione del paziente anziano fragile in termini di riduzione delle ospedalizzazioni, delle istituzionalizzazioni, della disabilità e della mortalità^{7,11}.

Tale modello di valutazione ed intervento è caratterizzato dai seguenti elementi^{11,12}:

- valutazione multidimensionale (VMD), metodologia con la quale vengono identificati e spiegati i molteplici problemi del paziente anziano, valutate le sue limitazioni e le sue risorse, definite le sue necessità assistenziali, ed elaborato un piano di assistenza individualizzato (PAI) commisurato a tali necessità¹³. La VMD si avvale di strumenti di prima generazione, ancora oggi utilizzati nella pratica clinica, e di seconda

e terza generazione, validati, informatizzati e specifici per i diversi ambiti assistenziali (ospedale, residenze sanitarie assistenziali - RSA, riabilitazione, domicilio, palliazione, ecc.). Questi ultimi consentono l'identificazione delle cause responsabili dei problemi individuati, il confronto fra diverse esperienze (anche internazionali), il controllo di qualità dell'assistenza erogata, la costruzione di banche dati sugli utenti dei vari servizi e, nel caso delle RSA e della assistenza domiciliare integrata (ADI), il calcolo del fabbisogno assistenziale e dei costi (Tab. 2);

- cura delle malattie croniche, attraverso la presa in carico del paziente per l'intera durata della sua esistenza, con particolare attenzione a garantirne la migliore qualità di vita;
- costante attenzione a disturbi cognitivi ed emozionali con significativo impatto su stato di salute complessivo e qualità della vita;
- interventi riabilitativi, diretti a prevenire o ridurre la disabilità e la conseguente dipendenza;
- lavoro in équipe multidisciplinare, data la molteplicità degli aspetti da considerare ai fini della definizione del PAI;
- continuità assistenziale in tutte le strutture e servizi ospedalieri (ospedale per acuti, DH, spedalizzazione domiciliare, post-acuzie e strutture intermedie) e distrettuali (riabilitazione generale e geriatrica, RSA, ambulatori, ADI, cure palliative, hospice, centri diurni), garantendo una efficace integrazione socio-sanitaria.

Dalla fine degli anni '80, nel nostro Paese si è svolto un approfondito dibattito che ha portato all'approvazione (1989) di un documento della "Commissione parlamentare d'inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano", in cui veniva definito un nuovo modello assistenziale in grado di garantire risposte tempestive ed efficaci ai bisogni complessi, nel contesto sanitari e sociali, molteplici e mutevoli nel tempo, degli anziani affetti da comorbilità, disabilità e fragilità. Tale modello è fondato sulla rete dei servizi geriatrici, sull'integrazione socio-sanitaria e sulla continuità assistenziale¹⁴.

Successivamente, il "Progetto Obiettivo per la tutela della salute degli Anziani" (POA), predisposto dal Ministero della

- Elevata suscettibilità a sviluppare malattie acute con quadri clinici atipici (confusione mentale, incontinenza urinaria, instabilità posturale e cadute, ecc.)
- Ridotta capacità motoria, fino all'immobilità, per una grave astenia ed adinamia, non completamente giustificate dalle singole patologie presenti
- Fluttuazioni rapide dello stato di salute, con spiccata tendenza a sviluppare complicanze (scompenso a cascata)
- Elevato rischio di eventi avversi
- Lenta capacità di recupero, comunque quasi sempre parziale
- Richiesta di frequente intervento medico e ripetute ospedalizzazioni, necessità di continuità assistenziale
- Alto rischio di morte

Tab. 1 - Conseguenze cliniche della fragilità.

Sanità ed approvato dal Parlamento il 30 gennaio 1992, confermava che l'assistenza geriatrica è riservata "agli anziani non-autosufficienti, parzialmente autosufficienti ed a quelli con pluripatologia ad alto rischio di invalidità, con particolare riguardo ai pazienti ultra-settantacinquenni"¹⁵. Tra gli interventi prioritari individuati dal POA, vi era l'istituzione della "Unità di Valutazione Geriatrica" (UVG), una équipe coordinata dal geriatra e costituita da varie figure professionali quali l'infermiere, l'assistente sociale, il fisioterapista ed i vari specialisti richiesti dal singolo caso, con il compito di individuare i problemi, stabilirne l'ordine gerarchico e definire il PAI terapeutico-riabilitativo. Tale metodologia organizzativa ed operativa è stata ulteriormente confermata dal primo "Piano Sanitario Nazionale 1994-1996"¹⁶ e ripresa anche dai successivi Piani Sanitari Nazionali (1998-2000, 2003-2005, 2006-2008)¹⁷⁻¹⁹, nei quali si ribadiva l'importanza della continuità assistenziale, da realizzarsi all'interno della rete dei servizi geriatrici, comprendente il MMG, l'ospedale e le strutture distrettuali. Queste linee d'indirizzo sono state fatte proprie dai diversi Piani Sanitari Regionali.

Se questo è il ruolo della Geriatria nel SSN, ne consegue che la SSG deve formare uno specialista in grado di prevenire e gestire la fragilità nella rete dei servizi geriatrici in cui la continuità assistenziale si realizza. Di conseguenza, il curriculum formativo della SSG deve prevedere come luoghi di formazione professionalizzante, oltre le strutture ospedaliere (ospedale per acuti, DH, spedalizzazione

domiciliare, post-acuzie e strutture intermedie, riabilitazione intensiva), anche quelle distrettuali socio-sanitarie (riabilitazione estensiva - in alcune Regioni definita generale e geriatrica -, RSA, ambulatori, ADI, cure palliative, hospice, centri diurni)^{20,21}.

Bibliografia essenziale:

1. Golini A. Demographic trends and ageing in Europe. Prospects, problems and policies. *Genus* 1997; 53: 33-74.
2. Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. *Clin Geriatr Med*. 1992; 8: 1-17.
3. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59(3): 255-63.
4. Senin U, Cherubini A, Maggio D, Mecocci P. Paziente anziano e paziente geriatrico. II Edizione. Edises 2006.
5. Hogan DB, MacKnight C, Bergman H; Steering Committee, Canadian Initiative on Frailty and Aging. Models, definitions, and criteria of frailty. *Aging Clin Exp Res*. 2003;15(3 Suppl): 1-29.
6. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, Ershler WB, Harris T, Fried LP. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 991-1001.
7. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med*. 1984; 311: 1664-70.
8. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled

7

trials. Lancet 1993; 342: 1032-6.

9. Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F, Phibbs C, Courtney D, Lyles KW, May C, McMurtry C, Pennypacker L, Smith DM, Ainslie N, Hornick T, Brodtkin K, Lavori P. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med* 2002; 346: 905-12.

10. Saltvedt I, Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 792-8.

11. Ferrucci L. Linee-Guida sull'Utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano Fragile nella Rete dei Servizi (Progetto Finalizzato del Ministero della Sanità ICS 110.1 RF 98.98). www.sigg.it

12. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin P. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ* 1998; 316: 1348-51.

13. Solomon DH. Geriatric assessment: methods for clinical decision making. *JAMA* 1988; 259: 2450-2452.

14. Senato della Repubblica. Commissione parlamentare d'inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano. 1988-1989. X legislatura (2 luglio 1987 - 22 aprile 1992).

15. Progetto-obiettivo per la Tutela della salute degli anziani. Parlamento Italiano. 30 gennaio 1992.

16. Piano Sanitario Nazionale 1994-1996 G.U. n. 171 del 23.7.1994 suppl. ord. n. 107

17. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 G.U. n. 288 del 10.12.1998 suppl. ord. n. 201.

18. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 G.U. n. 139 del 18.6.2003 suppl. ord. n. 95

19. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 G.U. n. 139 del 17.6.2006 suppl. ord. n. 149.

20. Schroeder SA, Zones JS, Showstack JA. Academic Medicine as a public trust. *JAMA* 1989; 262: 803-812.

21. Holman H. Chronic disease-the need for a new clinical education. *JAMA* 2004; 292: 1057-1059.

3. Percorso formativo

3.1 Profilo di apprendimento

Lo Specialista in Geriatria deve avere maturato conoscenze teoriche, scientifiche e professionali, relative a:

- demografia ed epidemiologia dell'invecchiamento;
- processi biologici di invecchiamento;
- condizione di fragilità e disabilità dell'anziano;
- fisiopatologia, clinica, prevenzione e trattamento delle malattie acute e croniche di comune riscontro in età avanzata e delle sindromi geriatriche;
- riabilitazione del paziente anziano;
- cure palliative nel paziente anziano;

- Valutano il paziente anziano in maniera globale, attraverso un "minimum data set" (MDS) specifico per ogni ambito assistenziale
- Consentono l'identificazione delle cause dei problemi individuati, attraverso algoritmi informatizzati
- Consentono l'elaborazione del piano individualizzato di assistenza (PAI)
- Consentono il confronto fra differenti esperienze (anche internazionali), perché standardizzano le procedure valutative
- Consentono il controllo di qualità dell'assistenza erogata
- Consentono la costruzione di banche dati a scopo scientifico e gestionale.

Tab. 2 - Caratteristiche generali degli strumenti di VMD di seconda e terza generazione.

- metodiche di valutazione e di intervento multidimensionale in tutti gli ambiti assistenziali della rete dei servizi geriatrici, utilizzando anche metodologie informatiche;
- coordinamento dell'UVG.

3.2 Attività formative di base e della formazione generale (5 CFU)

Gli obiettivi formativi di base, propedeutici alla formazione clinica, prevedono la conoscenza delle basi biologiche e della fisiologia dell'invecchiamento; nozioni di demografia ed epidemiologia dell'invecchiamento; nozioni di statistica necessarie ad interpretare i dati epidemiologici e la letteratura scientifica in ambito clinico e sperimentale; conoscenza delle metodiche di valutazione, comprese quelle relative alla qualità della vita.

Gli obiettivi della formazione generale prevedono conoscenze di informatica adeguate alla creazione ed analisi di "banche dati", con la finalità di ottimizzare la VMD e di verificare la qualità dell'assistenza.

A tali attività formative sono assegnati 5 CFU, da attribuire preferibilmente ai seguenti SSD:

- Fisiologia (BIO/09)
- Biologia Molecolare (BIO/11)
- Statistica Medica (MED/O1)
- Patologia Generale (MED/04)
- Patologia Clinica (MED/05)
- Psicologia Clinica (M-PSI/08)
- Informatica (INF/01)

3.3 Attività formative caratterizzanti della SSG (270 CFU)

Sono rappresentate dalle attività formative destinate alla acquisizione di conoscenze, abilità e comportamenti necessari all'esercizio professionale del Geriatra.

Si distinguono in attività formali e pro-

fessionalizzanti:

a) formali (30% dei CFU), sono le attività svolte in presenza del docente ed in momenti di studio individuale, che non possono essere inferiori al 50% dei CFU attribuiti alla didattica formale;

b) professionalizzanti (70% dei CFU), costituiscono l'applicazione sul campo delle conoscenze e della abilità acquisite con l'attività formale, in uno scenario clinico non più simulato ma reale, nel quale lo specializzando viene immerso con acquisizione di autonomia e responsabilità globalmente crescenti; tali attività vengono svolte nelle cosiddette strutture di sede e collegate, come indicato nell'allegato 1 al D.M. 29.03.2006 (G.U. 105 dell'8.05.2006).

Le attività formative caratterizzanti si distinguono in discipline del tronco comune (81 CFU) e discipline specifiche della Geriatria (189 CFU).

3.4 Obiettivi del tronco comune (81 CFU)

Essi prevedono l'acquisizione di una soddisfacente conoscenza teorica e competenza professionale nel riconoscimento e nel trattamento, anche in condizioni di emergenza-urgenza, delle più diffuse patologie dell'età adulta ed avanzata. Il tronco comune deve servire a conferire ai discenti uniformità metodologica nell'approccio alla soluzione dei problemi di salute dell'anziano, differenziandoli da quelli dell'adulto. Pertanto, si riportano i SSD indicati nel DM 1.8.2005, visto che nel sito <http://off-specializzazioni.miur.it> l'elenco dei SSD del tronco comune non è modificabile.

3.4.1 Ambito clinico

- Farmacologia clinica (BIO/14)
- Psicologia clinica (M-PSI/08)

- Genetica Medica (MED03)
- Oncologia medica (MED/06)
- Medicina Interna/Gerontologia e Geriatria (MED/09)
- Malattie apparato respiratorio (MED/10)
- Cardiologia (MED/11)
- Gastroenterologia (MED/12)
- Endocrinologia (MED/13)
- Nefrologia (MED/14)
- Ematologia (MED/15)
- Reumatologia (MED/16)
- Malattie infettive (MED/17)
- Psichiatria (MED/25)
- Neurologia (MED/26)
- Igiene generale e applicata (MED/42)

3.4.2 Ambito diagnostico

- Biochimica clinica (BIO/12)
- Genetica Medica (MED03)
- Patologia clinica (MED/05)
- Oncologia Medica (MED06)
- Microbiologia (MED/07)
- Anatomia e Istologia patologica (MED/08)
- Diagnostica per immagini e radioterapia (MED/36)
- Neuroradiologia (MED/37)
- Scienze Tecniche di Medicina e di Laboratorio (MED46)

3.4.3 Ambito emergenza e pronto soccorso

- Medicina interna (MED/09)
- Chirurgia generale (MED/18)
- Neurologia (MED/26)
- Malattie dell'apparato locomotore (MED/33)
- Anestesiologia (MED/41)

3.5 Obiettivi formativi specifici della SSG (189 CFU)

Sono quelli propri della disciplina Gerontologia e Geriatria (MED/09) e prevedono che, al termine del suo percorso formativo, lo specializzando possieda competenze professionali in ambito sia clinico che gestionale.

3.5.1 Obiettivi in ambito clinico

- eseguire una valutazione clinica che tenga conto delle caratteristiche proprie del paziente anziano;
- conoscere le peculiarità e l'atipia di presentazione delle malattie nell'anziano, ed in particolare nell'anziano fragile;
- riconoscere la polifattorialità di molti quadri clinici e gestire in modo appropriato le patologie croniche e le conseguenti riacutizzazioni nell'anziano

fragile;

- diagnosticare e curare le principali malattie psicogeriatriche (demenze, depressione, psicosi, disturbi del comportamento, ecc.);
- conoscere e curare le sindromi geriatriche: incontinenza urinaria e fecale, cadute e loro conseguenze, sindrome da immobilizzazione e piaghe da decubito, delirium, malnutrizione e disidratazione, deprivazione sensoriale;
- valutare gli effetti dell'invecchiamento, dello stile di vita, dei fattori socio-ambientali, delle malattie e della loro interazione sulla funzionalità degli organi, sistemi ed apparati e sull'autonomia dell'anziano;
- effettuare la VMD geriatrica anche mediante strumenti di seconda e terza generazione, inseriti in una cartella clinica comune a tutti gli ambiti assistenziali, al fine di elaborare il PAI;
- promuovere interventi di prevenzione delle malattie croniche invalidanti, della disabilità ad esse conseguente e della sua evoluzione verso la totale dipendenza;
- riconoscere la fragilità e prevenire le sue conseguenze;
- valutare la qualità di vita dell'anziano utilizzando specifiche metodologie;
- conoscere e prescrivere le terapie non farmacologiche, con particolare riferimento ad attività motoria, alimentazione, comportamenti e stili di vita corretti;
- prescrivere la terapia farmacologica tenendo conto delle modificazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche dell'invecchiamento, dell'interazione fra i farmaci, del livello di compliance del paziente anziano;
- prevenire, riconoscere e saper trattare le reazioni avverse da farmaci;
- conoscere le indicazioni della riabilitazione intensiva ed estensiva nei vari ambiti assistenziali;
- conoscere i principi di bioetica inerenti alla geriatria ed i relativi problemi medico-legali, con particolare riferimento al maltrattamento o alla discriminazione dell'anziano (ageismo);
- applicare la metodologia delle cure palliative nel paziente anziano terminale;
- esaminare criticamente i dati della letteratura scientifica, per essere in grado di trasferirli alla pratica clinica;
- conoscere i limiti della EBM nella sua applicabilità al paziente molto anziano e a quello fragile.

3.5.2 Obiettivi in ambito gestionale

- conoscere i principi di gestione del paziente anziano fragile nei diversi ambiti assistenziali che costituiscono la rete dei servizi geriatrici;
- conoscere i criteri per la corretta allocazione del paziente nei diversi ambiti assistenziali;
- adattare il processo di VMD e di cura allo specifico ambito assistenziale;
- conoscere i problemi di comunicazione con il paziente anziano fragile e con chi lo assiste;
- coordinare l'équipe multidisciplinare nei diversi ambiti assistenziali, per assicurare la continuità assistenziale.

3.5.3 Attività caratterizzanti elettive (45 CFU)

Sono scelte dallo specializzando all'interno di quelle offerte da ciascuna SSG, e comprendono attività identificate da SSD utili a costituire specifici percorsi formativi di approfondimento. Tali attività possono ammontare fino a 45 dei 189 CFU assegnati a quelle specifiche della SSG.

I principali ambiti delle attività elettive previste in GU per la SSG, sono i seguenti:

- malattie neurodegenerative dell'anziano e psicogeriatriche: esperienza nella diagnosi e nel trattamento delle più comuni malattie neurodegenerative dell'anziano (in particolare, demenze e morbo di Parkinson), anche mediante l'utilizzo di strumenti di valutazione cognitiva e comportamentale e l'interpretazione del neuroimaging; esperienza nella diagnosi e nel trattamento dei principali disturbi psichiatrici dell'anziano (in particolare, la depressione ed i disturbi comportamentali nella demenza); conoscenze approfondite sulla terapia farmacologica e non farmacologica di tali disturbi; esperienza nei servizi territoriali per l'anziano con tali disturbi;
- cardiogeriatriche: esperienza nella diagnosi e trattamento ambulatoriale e d'urgenza delle malattie cardiovascolari dell'anziano, con particolare riferimento alla diagnosi, alla cura ed alla gestione globale di insufficienza cardiaca cronica, cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa, ipotensione ortostatica e postprandiale, sincope; partecipazione all'esecuzione e referenziazione di test diagnostici cardiovascolari (ecocardiografia, eco-Doppler, monitoraggio ECG e pressorio, tilt

table test, prova da sforzo; 6 minute-walking test); aver prestato servizio in Unità di Cura Intensiva;

- riabilitazione geriatrica: esperienza nella prevenzione della immobilità e disabilità, nella riattivazione e nella riabilitazione del soggetto anziano, mediante frequenza di servizi riabilitativi in ambito ortopedico, cardiologico, neurologico e cognitivo; conoscenza dei principi e delle indicazioni alla terapia occupazionale e del linguaggio;

- oncologia geriatrica e cure palliative per l'anziano: esperienza nella diagnosi e trattamento delle patologie neoplastiche dell'anziano, con particolare riferimento alle cure palliative ed ai servizi di assistenza a domicilio;

- epidemiologia e farmaco-epidemiologia geriatrica: partecipazione a studi su popolazione anziana finalizzati a definirne lo stato di salute, lo stato nutrizionale, le capacità funzionali e mentali (disabilità), la qualità della vita, l'uso dei farmaci e le loro eventuali reazioni avverse, anche utilizzando strumenti informatici;

- valutazione multidimensionale geriatrica nei vari setting (RSA, ADI, ecc.) per la stesura di piani di cura e di assistenza individuali che tengano conto dei vari bisogni del paziente, con adeguato follow-up per definirne l'efficacia nel tempo;

- malnutrizione: esperienza nella valutazione della malnutrizione con metodologia strumentale, con strumenti standardizzati specifici per l'anziano, o con parametri laboratoristici; utilizzazione di interventi correttivi appropriati e di varia natura, con particolare riferimento all'adeguatezza dell'apporto alimentare nei vari setting assistenziali; esperienza nella valutazione della composizione corporea (sarcopenia, tessuto adiposo, obesità e disidratazione) con metodologie validate.

3.6 Obiettivi delle attività affini o integrative (5 CFU)

Sono utili al fine di realizzare integrazioni multidisciplinari didattiche. Per il raggiungimento di tali obiettivi si ritiene che debbano essere presi in considerazione i SSD sotto elencati.

3.6.1 Scienze umane

- Medicina legale (MED/43): conoscenze teoriche e scientifiche di medicina legale in rapporto all'invecchiamento, con particolare riguardo al

consenso informato, alla certificazione per l'indennità di accompagnamento, all'interdizione ed all'attribuzione di particolari figure di sostegno.

3.6.2 Integrazioni Interdisciplinari

- Urologia (MED/24): conoscenza dell'anatomia e della fisiopatologia dell'invecchiamento dell'apparato urogenitale; conoscenza della semeiotica funzionale-strumentale e della clinica delle principali patologie urologiche nel paziente geriatrico, con particolare riguardo a patologia prostatica, incontinenza urinaria e disfunzione erettile; conoscenza della indicazione chirurgica nelle patologie urologiche e capacità di valutazione del rischio chirurgico; conoscenza della metodologia clinico-strumentale per la valutazione urodinamica.

- Malattie odontostomatologiche (MED/28): conoscenze teoriche e scientifiche nel campo della principali problematiche odontostomatologiche nel paziente geriatrico, con particolare riguardo all'edentulia ed ai disturbi della masticazione, alle disfunzioni cranio-mandibolari, alla xerostomia, all'igiene orale, soprattutto nei portatori di protesi.

- Malattie dell'apparato visivo (MED/30): conoscenza della fisiopatologia dell'invecchiamento dell'apparato visivo, della diagnostica e della terapia delle più diffuse malattie oculistiche nel paziente geriatrico, con particolare riguardo a cataratta, glaucoma e patologie retiniche; conoscenza dell'indicazione chirurgica nelle patologie oculistiche e capacità di valutazione del rischio chirurgico; conoscenza delle principali metodologie clinico-strumentali della valutazione funzionale visiva.

- Audiologia e foniatria (MED/32): conoscenza della fisiopatologia dell'invecchiamento dell'apparato uditivo; conoscenze teoriche e scientifiche nel campo della clinica e terapia delle malattie dell'apparato uditivo e vestibolare nel paziente geriatrico; conoscenza dei metodi di correzione dei disturbi dell'udito mediante dispositivi protesici, della riabilitazione foniatrica e logopedica e delle principali metodologie clinico-strumentali della valutazione funzionale uditiva e vestibolare.

- Medicina fisica e della riabilitazione (MED/34): conoscenze teoriche e scientifiche della fisiologia, fisiopatologia, clinica e terapia delle menomazio-

ni, delle disabilità e dell'handicap; capacità di utilizzare la "International Classification of Functioning, Disability and Health" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; capacità di valutazione del fabbisogno riabilitativo nel singolo caso clinico con la definizione del programma riabilitativo individuale, del setting riabilitativo (intensivo, estensivo) e della rivalutazione del caso.

- Dermatologia (MED/35): conoscenze teoriche e scientifiche nel campo delle malattie cutanee nel paziente geriatrico, con particolare riguardo a ulcere da pressione, prurito cutaneo, malattie infettive, immunologiche e neoplastiche della cute.

- Ginecologia ed Ostetricia (MED/40): conoscenza della fisiopatologia dell'invecchiamento dell'apparato genitale femminile; conoscenze teoriche e scientifiche della clinica e della terapia delle principali malattie dell'apparato genitale femminile in età senile, con particolare riguardo ai fattori responsabili di incontinenza urinaria.

3.6.3 Sanità pubblica, management sanitario, statistica ed epidemiologia

- Scienze infermieristiche (MED/45): conoscenza dei bisogni di salute della persona e della collettività, con riferimento al paziente geriatrico; conoscenza dei bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività, e capacità di formulazione dei relativi obiettivi con riferimento al paziente geriatrico; capacità di pianificazione, gestione, valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico nei diversi livelli di assistenza socio-sanitaria al paziente anziano, e della corretta applicazione delle prescrizioni diagnosticoterapeutiche nel paziente anziano.

3.7 Prova finale (15 CFU)

Nel percorso formativo è previsto uno spazio temporale dedicato alla compilazione della tesi di specializzazione.

3.8 Altre attività formative (5 CFU)

Ulteriori conoscenze linguistiche, abilità informatiche e relazionali.

3.9 Attività professionalizzanti obbligatorie (210 CFU)

Si tratta di un'attività formativa che rappresenta il 70% di tutte le attività formative (210 CFU), da realizzarsi nell'ambito degli SSD individuati dallo "Osservatorio Nazionale della Formazione Medica Specialistica" del

MIUR, come riportato ai precedenti punti 3.4 e 3.4.1.

In particolare, essa deve garantire l'esecuzione delle seguenti attività professionalizzanti certificate:

- aver redatto e firmato 100 cartelle cliniche geriatriche (comprehensive di strumenti di VMD di II/III generazione) di pazienti in ospedale per acuti, in lungodegenza post-acuzie, in ADI ed in RSA;
- aver partecipato ad almeno 30 riunioni della UVG, per l'elaborazione del PAI nei diversi setting della rete assistenziale;
- aver eseguito almeno 15 VMD volte alla definizione del grado di non-auto-sufficienza, anche mediante valutazione obiettiva della performance fisica;
- aver partecipato ad almeno 10 consulenze geriatriche presso altri reparti o strutture territoriali;
- aver prestato assistenza continuativa ad almeno 20 pazienti anziani con malattie cronico-degenerative nei vari setting assistenziali della rete dei servizi geriatrici;
- aver eseguito almeno 20 valutazioni psicogeriatriche per la definizione delle sindromi psicogeriatriche (demenza, depressione, delirium) e dei disturbi del comportamento più frequenti nell'anziano;
- aver partecipato all'elaborazione di almeno 15 programmi riabilitativi nel paziente anziano, con particolare rife-

rimento ai settori ortopedico, neuromotorio, cognitivo, cardiologico e respiratorio;

- aver eseguito personalmente i seguenti atti medici: 20 esplorazioni rettali, posizionamento di 20 linee venose periferiche, 10 sondini nasogastrici, 10 cateteri vescicali, 15 manovre invasive come paracentesi, toracentesi, posizionamento di linea venosa centrale o di linea arteriosa;
- aver medicato e deterso almeno 20 ulcere da pressione, ulcere trofiche, o lesioni di piede diabetico;
- aver eseguito il bilancio idro-elettrolitico e nutrizionale di almeno 20 pazienti;
- saper utilizzare strumenti diagnostici quali elettrocardiografo, pulsossimetro, dinamometro, riflettometro;
- aver eseguito e controfirmato almeno 50 elettrocardiogrammi e 30 emogasanalisi arteriose;
- aver acquisito competenza nelle tecniche di rianimazione cardiopolmonare (BLS e ACLS) ed aver eseguito almeno 10 manovre di rianimazione su paziente o manichino;
- aver discusso con un esperto almeno 20 esami ecocardiografici e 10 esami angiografici;
- aver discusso con un esperto almeno 50 fra radiografie del torace, TAC o RMN del rachide, del torace o del tratto digestivo;
- aver discusso con un esperto alme-

no 20 TAC o RMN dell'encefalo;

- aver discusso con un esperto almeno 20 densitometrie ossee per la corretta diagnosi di osteopenia ed osteoporosi a livello dei diversi distretti corporei – con definizione del rischio di frattura – e per la valutazione della composizione corporea, con particolare riferimento alla sarcopenia;
- aver partecipato alla progettazione o conduzione di almeno 2 sperimentazioni cliniche controllate o studi epidemiologici osservazionali;
- aver acquisito esperienza nella utilizzazione di tecnologie di informatica sanitaria, quali una cartella clinica geriatrica informatizzata o mezzi di trasmissione dati a distanza (telemedicina);
- essere in grado di rapportare la prescrizione farmacologica alle condizioni cliniche e funzionali del paziente, con particolare riferimento alla funzionalità renale ed alle possibili interazioni fra farmaci, utilizzando anche banche dati per la loro definizione;
- aver prestato servizio per almeno 4 settimane presso RSA dotate di adeguata organizzazione, e per almeno 1 mese presso ambulatori di psicogeriatrica, prevenzione delle cadute e dell'osteoporosi, cardiogeriatrica con particolare riferimento alla diagnosi di sincope, urologia, oculistica, otorinolaringoiatria e/o audiologia, e riabilitazione motoria.

Coordinate fiscali, bancarie e postali

Codice Fiscale: 97339920585

nuovo c/c bancario: n. 115891/38

Banca di Roma Agenzia 153 Università La Sapienza

ABI 03002 CAB 03371

Intestato al Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna COLMED/09

c/c postale n° 61768453 intestato al Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna COLMED/09

ABI: 07601 CAB: 03200 CIN J

Sigla internazionale (per eventuali versamenti dall'estero): IT 20

Esempio di cartella clinica orientata per problemi e per ipotesi diagnostiche

di Giuseppe Realdi

Il sito web della Società Italiana di Medicina Interna, per gentile concessione del Presidente Prof. Pier Mannuccio Mannucci ospita da questi giorni il documento del Collegio *Guida all'ordinamento didattico della Scuola di Specializzazione in Medicina Interna*.

Allo stesso sono allegati due utili documenti, il modello di Libretto diario dello Specializzando ed una proposta per una Cartella Clinica orientata per problemi e per ipotesi diagnostiche.

Di quest'ultima, curata da Giuseppe Realdi, riportiamo una breve presentazione.

Per gli interessati il sito SIMI è il seguente: www.simi.it

* * *

Le motivazioni che hanno indotto a proporre l'adozione della cartella clinica orientata per problemi e per ipotesi diagnostiche nel percorso didattico dello specializzando di Medicina Interna sono l'efficacia formativa della cartella clinica e la valenza di verifica dell'apprendimento intrinseca alla compilazione della cartella stessa.

Si è visto come lo specializzando trascorrerà almeno due terzi del suo tempo formativo nei reparti o negli ambulatori. Diventa pertanto indispensabile individuare le modalità che consentano di abbinare lo svolgimento della formazione sul campo (cioè l'attività clinica) con la verifica e la valutazione della formazione stessa, da parte dei tutori e dei docenti della scuola.

Nella piramide di valutazione proposta da Miller (1), nei livelli più bassi vi è la conoscenza (cioè il sapere), quindi viene la competenza (intesa come abilità di fare qualcosa ad un livello accettabile), poi la performance (cioè la bontà nel fare una determinata azione, un compito, un'attività) e infine l'azione (vale a dire il processo di fare qualcosa nel concreto, in ordine al perseguimento di un determinato

obiettivo). Quest'ultimo aspetto della valutazione è quello che maggiormente rispecchia la realtà, in quanto è focalizzato su ciò che avviene nella pratica, piuttosto che su ciò che si può riprodurre in situazioni artificiali. Questa situazione è anche quella che è maggiormente aderente al percorso formativo dello specializzando.

Sono state proposte diverse modalità di valutazione della formazione in campo clinico, come l'analisi dei risultati (outcomes), il processo assistenziale e la quantità del lavoro svolto (2). Di questi, la valutazione del processo assistenziale è il metodo che presenta i maggiori vantaggi. Esso infatti include la valutazione sia dei processi generali (approccio al malato, capacità decisionale, razionalità, conoscenza, saper fare, relazionalità e comunicazione con i malati, i parenti e il personale che opera nei reparti, capacità diagnostiche, prognostiche e terapeutiche, consulenze specialistiche, prevenzione, riabilitazione, rapporti con il territorio, ecc), sia di processi specifici, orientati sulla singola situazione clinica e sul singolo paziente, valutato nella sua complessità, criticità e priorità di decisioni. Poiché la valutazione deve basarsi su elementi obiettivi, assumono rilevanza i metodi di raccolta dei dati e della loro registrazione. Una delle risorse migliori per valutare il processo assistenziale e decisionale, la quantità e l'esito del processo stesso è la cartella clinica, in particolare la cartella clinica orientata per problemi e per ipotesi diagnostiche (3,4). In quest'ultimo tipo di cartella è riportato infatti un percorso logico del procedimento clinico e decisionale che rende possibile non solo procedere ad un approccio razionale di tipo ipotetico-deduttivo alla diagnosi clinica e alla decisione terapeutica, ma anche di descrivere tale approccio nelle sue varie fasi logiche e operative. Lo studente specializzando potrà così partecipare insieme al medico docente-tutore alla costru-

zione della cartella, avendo la possibilità di acquisire quella mentalità critica e razionale che procede per tentativi ed errori, seguendo il metodo baiesiano nella ricerca della diagnosi più plausibile e decidendo gli accertamenti diagnostici e la terapia sulla base delle migliori evidenze cliniche e delle specifiche caratteristiche del paziente. Questa cartella soddisfa contemporaneamente anche i requisiti tradizionali della cartella clinica, stabiliti anche per legge, vale a dire è strumento fondamentale di lavoro dei medici (e se integrata con la cartella infermieristica, anche degli infermieri), riporta accuratamente tutte le informazioni cliniche del paziente dall'ingresso alla dimissione ed è strumento legale di riferimento dei fatti accaduti durante il ricovero.

L'esempio allegato di cartella clinica orientata per problemi e per ipotesi diagnostiche vuole essere una proposta concreta di cartella, già adottata e sperimentata da qualche anno in alcuni reparti di medicina interna con pieno successo e ampio gradimento da parte degli specializzandi e dei docenti-tutori della scuola.

Per rendere più facile la comprensione dell'impostazione della cartella, viene riportata di seguito una breve descrizione delle parti che la compongono.

1° parte. Sono riportati alcuni dati anagrafici del paziente, il motivo del ricovero e le note di ingresso. Questa parte viene compilata di solito dal medico di guardia e comprende: una breve anamnesi, anche farmacologica e l'esame obiettivo all'ingresso, l'identificazione dei problemi principali o urgenti, la o le ipotesi diagnostiche immediate e il piano iniziale di lavoro con le decisioni terapeutiche in urgenza.

2° parte. È di competenza del medico di reparto al quale è affidato il paziente (specializzando e medico strutturato). Comprende: l'anamnesi patologica prossima e remota,

l'anamnesi fisiologica e familiare, l'esame obiettivo, la valutazione multidimensionale (da ripetere anche durante la degenza) con l'identificazione del tipo di compromissione, in vista di una eventuale consulenza geriatrica.

3° parte. È sempre di competenza del medico di reparto e comprende l'identificazione e l'elenco dei problemi attivi in ordine di priorità, dei fattori di rischio e dei problemi non attivi; la formulazione di ipotesi diagnostiche, elencate in base alla priorità di gravità e all'urgenza, con l'indicazione delle conseguenze osservabili in rapporto all'ipotesi e dei test diagnostici dotati di maggiore sensibilità e specificità, allo scopo di falsificare o confermare l'ipotesi (vedi esempio riportato nella cartella allegata).

4° parte. Riporta una sintesi degli esami di laboratorio di chimica clinica, suddivisi per tipologia di apparato o funzione.

5° parte. Comprende il diario clinico giornaliero con indicazione dello stato soggettivo del paziente, le alterazioni obiettive, la valutazione dei nuovi eventi e la programmazione diagnostica e terapeutica. Il diario è compilato giornalmente dal medico di reparto, con eventuali integrazioni da parte del medico di guardia, se interpellato. Ogni integrazione o aggiunta al diario deve essere firmata dal medico che la

compila con firma leggibile. Anche le consulenze specialistiche vengono riportate nel diario, a meno di specifici formulari.

6° parte. Comprende l'epicrisi prima della dimissione, con sintesi del motivo del ricovero, delle malattie precedenti già diagnosticate, delle condizioni cliniche all'ingresso, degli accertamenti diagnostici (da allegare eventualmente come referti in fotocopia), l'evoluzione clinica durante la degenza, la diagnosi principale e le altre diagnosi, le eventuali indagini da completare in prosecuzione di ricovero, la terapia specificata per dosaggi e per orario, la dieta e l'eventuale riabilitazione, l'eventuale attivazione della rete dei servizi del territorio (continuità delle cure), gli eventuali controlli ambulatoriali.

7° parte. Riporta il consenso informato

Ovviamente l'esempio riportato è una proposta, aperta a modifiche nella forma e nei contenuti che si riterranno più opportuni o che meglio si adattano alle esigenze di ogni specifico reparto e di ogni scuola. Nei reparti nei quali è attualmente in dotazione, la cartella è completata con una grafica che, oltre a riportare nel dettaglio ogni giorno i parametri vitali del paziente, elenca anche le indagini diagnostiche e le consulenze specialistiche nel rispettivo giorno di richiesta

e le decisioni terapeutiche adottate con l'indicazione del dosaggio dei farmaci e del momento di somministrazione, verificabile a posteriori circa la loro effettiva distribuzione e assunzione.

La cartella può sembrare complessa nelle sue varie fasi di compilazione. Tuttavia la descrizione logica del processo diagnostico-decisionale rende la compilazione più facile del previsto e agevole nella consultazione, con immediata conoscenza, quasi come da fotografia istantanea, dello stato clinico del paziente.

È in fase di avanzata sperimentazione e di verifica un modello informatizzato di cartella clinica orientata per problemi e per ipotesi diagnostiche, medica e infermieristica, verosimilmente disponibile entro la fine dell'anno in corso.

Riferimenti bibliografici

- 1) Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990; 63: 63-7.
- 2) Norcini JJ. Work based assessment. *BMJ* 2003; 326: 753-5.
- 3) Petrie JC, McIntyre N. La Cartella Medica Orientata per Problemi. Ed Verduci, Roma 1983.
- 4) Malavasi A, Realdi G. La struttura logica della cartella clinica orientata per problemi. Un approccio combinato Popperiano-Bayesiano. *Ann Ital Med Int* 2002; 17: 21-30.

Elenco delle candidature per il rinnovo della Giunta esecutiva di COLMED/09 pervenute al 25 settembre 2006

Professori di 1° fascia

ANGELI Alberto, Torino
 BERNABEI Roberto, Roma
 CORROCHER Roberto, Verona
 CUCINOTTA Domenico, Messina
 GUARNIERI Gianfranco, Trieste
 MEZZETTI Andrea, Chieti
 NOVARINI Almerico, Parma
 PATRONE Franco, Genova
 REALDI Giuseppe, Padova
 RINI Giovam Battista, Palermo

Professori di 2° fascia

MARI Daniela, Milano
 PINI Riccardo, Firenze
 RAPACCINI Gian Ludovico, Roma
 TREVISANI Franco, Bologna
 SOLERTE Bruno, Pavia

Ricercatori
 SASSO Ferdinando, Napoli

Verbale della riunione della Giunta Esecutiva di COLMED/09 del 13 luglio 2006

La riunione inizia alle ore 11. Sono presenti i Proff. Dammacco, Lauro, Filetti, Corrocher, Rappelli, Senin, Pini, Rapaccini, Sama e i Dott. Manfredini e Sasso. Assente giustificato: Prof. Novarini.

1) Comunicazioni del Presidente

a) È stata avanzata richiesta, da parte del Prof. Valentini di Napoli, Presidente del Collegio di Reumatologia, di poter prendere visione dello Statuto del nostro Collegio. La richiesta viene accettata di buon grado.

b) Il Presidente dà lettura della lettera inviata all'Onorevole Dott. Clemente Mastella, Ministro di Grazia e Giustizia, da parte del Prof. Lezoche, Presidente del Collegio dei P.O. di Chirurgia Generale, che ha chiesto al nostro Collegio di aderire all'iniziativa di prevedere l'estensione dell'annunciato provvedimento di indulto anche ai reati di colpa professionale ad opera dei medici. Dopo ampia discussione, la Giunta unanime dà mandato al Presidente di prendere visione del documento finale del Collegio dei Chirurghi e decidere quindi se aderire all'iniziativa.

c) Infine, il Presidente informa che il prossimo numero del Bollettino COLMED/09 (con la modifica di intestazione recante la definizione "Bollettino del Collegio dei Docenti Universitari di Allergologia ed Immunologia Clinica, Geriatria e Gerontologia, Medicina dello Sport, Medicina Interna, Medicina Termale") sarà interamente dedicato alla Guida al nuovo Ordinamento della Scuola di Specializzazione in Medicina Interna. Tale documento, inoltre, verrà anche riportato sul sito della SIMI.

2) Secondo Congresso Nazionale COLMED/09 (Roma, 22 maggio 2006): luci ed ombre.

Il Presidente fa notare come, a fronte di una buona partecipazione di Colleghi (ad onta del limitato numero di firme raccolte sugli appositi registri, nonostante i ripetuti appelli a firmare) nel corso delle sessioni del mattino, quelle pomeridiane abbiano fatto registrare un deplorabile calo di partecipanti. Inoltre, dall'analisi del registro delle firme si evince una scarsissima partecipazione dei Ricercatori. Dopo attenta e profonda discussione sulle possibili motivazioni (eccessiva estensione del programma, tardo orario di fine lavori per chi deve raggiungere in serata la sede di residenza, coinvolgimento motivazionale dei Ricercatori), la Giunta unanime individua una serie di possibili correttivi: a) snellire il programma (ad esempio, 3 anziché 4 sessioni); b) ridurre la durata della sessione pomeridiana (ad esempio,

fino alle 16 anziché alle 18); c) considerare tra gli argomenti da dibattere anche qualche tema di particolare interesse per i Ricercatori.

Su quest'ultimo punto, il Presidente gradirebbe ricevere proposte che vengano dai Ricercatori stessi e sollecita in tal senso Sasso e Manfredini, rappresentanti dei Ricercatori. Il Dott. Manfredini propone come possibile argomento di rilevante importanza per i Ricercatori quello relativo alle correlazioni fra debito orario, carico assistenziale, carico didattico e di ricerca.

Il Presidente propone poi di modificare la successione dei punti all'ordine del giorno, discutendo prima il punto 5, poi il 4 e quindi il 3. La Giunta unanime accetta questa impostazione.

5) Rinnovo del Consiglio Universitario Nazionale e posizione della Medicina Interna

Dopo lettura del documento di "Riordino del Consiglio universitario nazionale" (legge 16 gennaio 2006, n° 18, pubblicata sulla G.U. n° 21 del 26 gennaio 2006), in vista delle ormai prossime elezioni indette per i primi di dicembre p.v., il Presidente dà lettura di una lettera di autocandidatura del Prof. Maurizio Basile (Clinica Chirurgica Generale, Università di Messina). Segue un'articolata discussione sul tema se la Medicina Interna punti ad una candidatura autonoma per ogni fascia di docenza (Ordinario, Associato, Ricercatore) o in qualcuna di queste, oppure se in un'ottica di alternanza, possa essere favorevole ad una candidatura per la fascia dei Professori Ordinari presentata dai Chirurghi, a fronte di un programma di obiettivi condivisi. A tale scopo, anche su richiesta del Presidente del Collegio dei Chirurghi, si decide di indire a breve (orientativamente fra il 24 e il 25 luglio p.v.) una ulteriore riunione della giunta COLMED/09 congiuntamente a quella dei Chirurghi per approfondire l'argomento ed individuare strategie condivise.

4) Rinnovo della Giunta esecutiva e delle cariche sociali COLMED/09: modalità per la individuazione delle candidature

In vista delle elezioni per il rinnovo della Giunta, che si terranno nel corso del Convegno Nazionale SIMI di Cagliari dell'ottobre prossimo, il Presidente dà lettura degli specifici articoli dello Statuto. La Giunta conviene sul fatto che, pur essendo ciascun membro dell'attuale esecutivo teoricamente ricandidabile, sia auspicabile un parziale rinnovo per garantire la necessaria continuità con le numerose, importanti iniziative messe in corso dal-

l'attuale Giunta.

Si decide quindi di procedere alla singola dichiarazione d'intenti di ciascun componente la Giunta. Il Presidente esprime la propria disponibilità a ricandidarsi, per garantire continuità e portare a termine le iniziative in corso. Professori Ordinari: il Prof. Senin dichiara che non riproporrà la propria candidatura, ritenendo di avere esaurito il proprio ruolo, che auspica possa essere ricoperto da un altro Geriatra per assicurare la continuità della presenza della Geriatria all'interno del Collegio. Sia il Prof. Corrocher che il Prof. Rappelli manifestano la propria disponibilità a ricandidarsi, qualora non vengano presentate altre richieste da parte di altri Colleghi. Il Prof. Filetti manifesta la volontà di non ricandidarsi, per via dei sempre più numerosi e pressanti impegni. Professori Associati: i Proff.ri Pini e Sama rimettono al Presidente il proprio mandato, per via dei pressanti impegni nei rispettivi Atenei. Il Prof. Rapaccini, nell'ottica di un giusto ricambio, rimette il mandato al Presidente, al quale consegna però una disponibilità a ricandidarsi, ove necessario alla causa comune.

Ricercatori: il Dott. Manfredini rimette il proprio mandato al Presidente, per ragioni di opportunità legate anche alla recente modifica della propria posizione (assunzione di incarico di direttore di struttura complessa ospedaliera, conseguimento di idoneità nazionale a Professore Associato). Il Dott. Sasso manifesta la propria disponibilità a ricandidarsi, previa ricognizione in merito alle eventuali prospettive accademiche nel prossimo triennio.

Segue un'ampia discussione, nella quale il Presidente e tutta la Giunta avanzano al Prof. Filetti la richiesta di recedere dalla decisione presa, stante il preziosissimo contributo assicurato in questi anni. Inoltre, il Presidente avanza la richiesta al Dott. Manfredini di continuare ugualmente a collaborare con la Giunta per quanto riguarda la rubrica di aggiornamento sulla letteratura scientifica, che è ormai una costante sul Bollettino COLMED/09. Il Dott. Manfredini ringrazia e si dichiara onorato di accettare.

3) Formazione curriculare e valutazioni comparative

In considerazione dell'importanza dell'argomento e dell'essersi la discussione sui temi precedenti protratta a lungo, si decide di rinviare questo punto alla prossima riunione, che sarà monotematica e punterà a formulare un documento condiviso, da proporre all'intera collettività internistica. La seduta viene tolta alle ore 15.20.

Verbale della riunione della Giunta Esecutiva di COLMED/09 del 24 luglio 2006

14

Alle ore 11.00 il Presidente dichiara aperta la seduta. Sono assenti giustificati i Proff. Lauro, Pini, Sama e Manfredini. Unico punto all'ordine del giorno è la discussione sui requisiti scientifico-curricolari minimi per accedere ai concorsi di I e II fascia per COLMED/09.

Il Presidente riferisce che, non essendovi i tempi perché si svolga nel 2006 una valutazione comparativa nazionale secondo la nuova legge Moratti, potrebbe essere bandita una tornata concorsuale entro la fine dell'anno con le vecchie modalità. In ogni caso, suggerisce il Prof. Dammacco, la Giunta del Collegio dovrà approvare un documento che, nel massimo rispetto per l'autonomia delle commissioni giudicatrici, rappresenti uno strumento metodologicamente valido e concettualmente condiviso per uniformare i criteri di valutazione. In tale spirito si inserisce un'analogia iniziativa del Collegio degli anestesisti. Prende la parola il Prof. Corrocher, in veste di presidente della Commissione formata con il Prof. Rapaccini ed il Dott. Sasso, che ha preparato una bozza di documento da sottoporre alla Giunta. Illustrando le motivazioni che hanno ispirato la stesura del documento, il Prof. Corrocher sottolinea con forza che il Collegio deve fare propria un'azione moralizzatrice, proponendosi come una sorta di Authority che, in previsione del rischio di una futura deregulation in campo concorsuale, possa e debba fissare dei paletti di riferimento che guidino l'operato delle commissioni giudicatrici. Tale funzione garantirebbe il profilo culturale del settore MED/09 nel rispetto, tra l'altro, di un importante obiettivo definito nello statuto del Collegio. Quest'ultimo, pertanto, facendosi carico di tale ruolo, dovrà tutelare, attraverso i requisiti minimi, i Colleghi che si sono formati nell'ambito del settore MED/09. Pur salvaguardando l'autonomia di giudizio delle Commissioni, il Collegio svolgerebbe un fondamentale ruolo etico, responsabilizzando in tal senso i propri iscritti. I requisiti definiti nel documento si articolano nei seguenti quattro capitoli:

1) Curriculum: Tra i possibili titoli curricolari, alcuni dovrebbero avere valenza ben diversa da qualunque altro: i titoli di professore associato, ricercatore o aggregato afferenti formalmente a MED/09.

2) Assistenza: Più sentenze hanno ribadito che il candidato MED/09 deve essere in possesso di adeguata e documentata esperienza assistenziale. Una

esperienza assistenziale documentata in area MED/09 deve essere condizione imprescindibile per il riconoscimento dell'idoneità dei candidati. Onde evitare discutibili sistemi di autoreferenzialità, tale ruolo assistenziale dovrà essere certificato dagli uffici competenti dell'Azienda, in modo da poter disporre di una "tracciabilità" dell'attività svolta dal candidato presso una struttura assistenziale di area MED/09.

3) Didattica: Particolare valenza dovrà avere l'aver svolto insegnamenti del settore MED/09 nel contesto dei Corsi di Laurea specialistica e/o della Scuola di Specializzazione in Medicina Interna o Geriatria (o altro indirizzo MED/09).

4) Titoli scientifici: Oltre al valore dell'impact factor (I.F.), valutato sia globalmente che differenziato per i lavori in cui il candidato sia 1°, 2° o ultimo autore, anche il peso riconosciuto dalla collettività scientifica alle pubblicazioni del candidato potrebbe essere valutato attraverso il citation index (C.I.), oggi facilmente definibile attraverso alcuni motori di ricerca rintracciabili in rete.

Sebbene il documento fissi dei cut-off numerici per i suddetti parametri (I.F. e C.I.), il Prof. Corrocher sottolinea che le cifre possono essere interpretate con una certa elasticità, ma innegabilmente sono strumenti che offrono una importante chiave di lettura delle qualità scientifiche del candidato. In chiusura, il Prof. Corrocher invita la Giunta ad un dibattito sul documento elaborato dalla Commissione, ribadendo che il Collegio dovrà sfruttare un'importante occasione per porsi come guida etica dell'operato delle commissioni, proponendo una vera e propria moral suasion. Tale intervento aumenterebbe inenunciabilmente il prestigio e l'autorevolezza del Collegio stesso.

Il Prof. Dammacco, dopo aver ringraziato Corrocher, Rapaccini e Sasso per il lavoro svolto, ribadisce l'importanza del documento e l'opportunità di un'ampia ed approfondita discussione, suggerendo di fissare paletti ben precisi nella stesura del documento finale.

Anche il Prof. Rapaccini chiede, come già fatto da Corrocher e Dammacco, che nella valutazione dei titoli sia salvaguardata l'afferenza all'area MED/09.

Il dott. Sasso interviene nella discussione chiedendo che il complesso dell'attività assistenziale, scientifica e didattica svolta in ambito MED/09 sia selettivamente premiata nella stesura dei criteri minimi. Egli suggerisce inoltre di sensibilizzare fortemente i Colleghi

Ricercatori ed Associati, certo di un forte consenso sulla proposta elaborata dalla Commissione.

Il Prof. Novarini sottolinea che, una volta approvato, il documento dovrà essere fatto rispettare, pena la credibilità della Giunta. Plaude inoltre al forte richiamo ad un codice etico per le commissioni.

Dopo ampia ed approfondita discussione, il Presidente, vista l'importanza dell'argomento in oggetto, suggerisce di dedicare al documento uno o due incontri della Giunta a settembre, dando il tempo ai componenti di contribuire alla stesura di un documento definitivo, che potrebbe essere presentato alla prossima Assemblea del Collegio, in occasione del Congresso Nazionale SIMI di Cagliari.

Alle ore 13.00, non essendovi altro argomento all'ordine del giorno, si chiude la riunione della Giunta.

* * *

Alle ore 13.30 la Giunta del COLMED/09 si riunisce con una delegazione della Giunta del Collegio di Chirurgia MED/18. Prende la parola il Prof. Alfonso Barbarisi, che segnala l'opportunità di una stretta collaborazione tra i due Collegi. L'occasione del prossimo rinnovo del CUN potrebbe rappresentare il primo di una serie di incontri tra i due Collegi per dar vita, nel rispetto delle reciproche autonomie, ad un'attiva collaborazione.

Il Prof. Maurizio Basile, membro del Collegio di Chirurgia Generale, propone la sua candidatura al CUN. Barbarisi, pur plaudendo all'iniziativa di Basile, sottolinea l'importanza di una convergenza dei due Collegi su nomi e programmi.

Il Presidente Prof. Emanuele Lezoche suggerisce un'attività di coordinamento tra i due Collegi per gli aspetti di maggior rilevanza e di interesse comune: concorsi, accademia, visibilità, rapporti con gli organi di informazione e con le aziende, ecc. andando quindi ben oltre l'occasione "politica" del prossimo rinnovo del CUN.

Il Prof. Dammacco auspica che si arrivi in tempi brevi ad una convergenza dei due Collegi su candidati autorevoli e disponibili per il CUN. Suggerisce pertanto di identificare un profilo dei candidati.

Il Prof. Filetti sottolinea che il nuovo CUN dovrà operare a tutela dei generalisti (medici e chirurghi), a differenza di quanto avvenuto nel passato, riportando le Scuole di Specializzazione sotto il controllo del MIUR ed evitando la forte

Manifesto unitario dei Collegi di Medicina Interna e di Chirurgia Generale

ingerenza delle Regioni. Successivi interventi di Rappelli, Corrocher e Dammacco vertono sulla necessità di fissare un calendario di incontri in tempi brevi, per delineare figure capaci di coagulare consensi.

Barbarisi e Corrocher suggeriscono in particolare la stesura di una Carta comune dei generalisti: un manifesto programmatico con la definizione degli obiettivi dei due Collegi. Su proposta del Prof. Dammacco, i Proff. Novarini e

Barbarisi sono incaricati di preparare una bozza del documento. Alle ore 15.20, non avendo altro da discutere, la riunione si conclude.

Manifesto unitario dei Collegi di Medicina Interna e di Chirurgia Generale

La collettività universitaria degli Internisti e dei Chirurghi generali avverte in maniera pressante la necessità e l'urgenza di partecipare attivamente alla realizzazione delle profonde modificazioni che sono in atto nella complessa realtà universitaria (nuovo ordinamento dei corsi di laurea e delle scuole di specializzazione, in conformità e nel rispetto della normativa comunitaria vigente; valutazione della ricerca; riforma della docenza, e così via).

In questo contesto, la collaborazione tra i Collegi dei Docenti afferenti ai settori scientifico-disciplinari MED/09 e MED/18 sarà un metodo di lavoro, proposto con convinzione dalle rispettive Giunte esecutive, per confrontare e sinergizzare idee e linee operative sui principali aspetti legati alla razionalizzazione e riqualificazione delle specifiche funzioni istituzionali nella didattica, nella ricerca e nell'assistenza (inseparabilmente legate), e per realizzare una "Nuova Università", aperta alle sfide a livello europeo ed internazionale.

Nel presente documento è riportato un elenco di problematiche considerate prioritarie e commentate con affermazioni apodittiche, che saranno oggetto di approfondimento e di determinazione attraverso periodici incontri fra le Giunte esecutive dei due Collegi:

- *Programmazione triennale*: linee generali di indirizzo e di sviluppo.
- *Modalità di assegnazione del fondo di funzionamento ordinario* (FFO) e gestione "virtuosa" dell'università.

- *Individuazione dei Corsi di studio da istituire e/o attivare*, nel rispetto dei requisiti minimi ed essenziali.

- *Definizione dei curricula formativi delle discipline MED/09 e MED/18*, identificando le specifiche attività professionalizzanti con gli ambiti e la metodologia didattica più idonei per rendere adeguate la preparazione pre-laurea e quella post-laurea delle diverse figure sanitarie.

- *Riassetto delle Scuole di specializzazione*. Per rivalutare il ruolo centrale della Medicina Interna e della Chirurgia Generale sul piano culturale, politico ed operativo. A tal fine appare indispensabile adottare un comportamento omogeneo, pur inserito nelle varie realtà accademiche, sui seguenti punti: a) attività formativa didattica e professionalizzante; b) tronco comune con curriculum ed attività didattica elettiva; c) criteri per l'affidamento della Direzione delle Scuole di Specializzazione di area medica e chirurgica; d) distribuzione dei crediti e percorso formativo; e) metodologia didattica; f) registrazione delle attività (per esempio, libretto-diario); g) valutazione.

- *Sviluppo scientifico-tecnologico*, specie attraverso il dottorato di ricerca e l'implementazione della valutazione della ricerca operata dal "Comitato Italiano per la Valutazione della Ricerca" (CIVR) utilizzando parametri obbiettivi, omogenei e condivisi.

- *Adozione dei decreti attuativi per le valutazioni comparative*, nel rispetto di alcuni "criteri minimi" di accesso alla fascia di docenza che comprendano imprescindibilmente i seguenti elementi: a) curriculum (a partire dal dottorato di ricerca e dalla specializzazione); b) attività clinica documentata e certificata; c) responsabilità didattica diretta nei corsi di laurea e

nelle scuole di specializzazione; d) attività scientifica che tenga conto del numero di pubblicazioni con *impact factor* (IF) e/o di altri indici bibliometrici.

- *Promozione degli scambi culturali* con le specifiche scuole di specializzazione e con altre società scientifiche nazionali e internazionali.

- *Collaborazione con le società scientifiche* nella promozione e definizione dei programmi di Educazione Continua in Medicina (ECM), per l'attenzione alle problematiche medico-legali e per una corretta informazione dei mass-media.

- *Valutazione critica dei singoli Protocolli d'intesa Regione-Università* per cogliere gli aspetti innovativi e/o proporre emendamenti migliorativi, allo scopo di favorire la crescita e lo sviluppo delle attività integrate ospedaliero-universitarie nell'ambito della didattica, della ricerca e dell'assistenza.

- *Intesa e sinergia* per individuare e sostenere candidature comuni in occasione di future tornate elettorali (Consiglio Universitario Nazionale, valutazioni comparative, altre).

Su questi ed altri problemi che si ponessero alla loro attenzione, i Collegi saranno puntuali ed attenti nell'analisi e nelle proposte, con atteggiamento costruttivo, proiettato verso il futuro, al servizio del malato, degli studenti, delle nuove generazioni di ricercatori, del corpo docente e della società civile.

Roma, 12 settembre 2006

Il Presidente di
COLMED/09
Prof. F. Dammacco

Il Presidente di
COLMED/18
Prof. E. Lezoche

Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna

16

Organigramma del Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna - ColMed/09

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente, Prof. Franco Dammacco (Bari)

Membri

PO: Prof. Roberto Corrocher (Verona)
PO: Prof. Sebastiano Filetti (Roma)
PO: Prof. Almerico Novarini (Parma)
PO: Prof. Alessandro Rappelli (Ancona)
PO: Prof. Umberto Senin (Perugia)
PA: Prof. Riccardo Pini (Firenze)
PA: Prof. Gian Ludovico Rapaccini (Roma)
PA: Prof. Claudia Sama (Bologna)
Ric: Dott. Roberto Manfredini (Ferrara)
Ric: Dott. Ferdinando C. Sasso (Napoli II)

COLLEGIO DEI PROBIVIRI

PO: Prof. Giorgio Emanuelli (Torino)
PO: Prof. Gianfranco Guarnieri (Trieste)
PO: Prof. Michele Varricchio (Napoli)

Supplenti

PO: Prof. Nicola Carulli (Modena)
PO: Prof. Antonio Salvetti (Pisa)

COLLEGIO DEI SINDACI

PA: Prof. Antonio G. Masala (Sassari)
PA: Prof. Damiano Rizzoni (Brescia)
PA: Prof. Bruno Solerte (Pavia)
Ric: Dott. Giovambattista Desideri (L'Aquila)
Ric: Dott. Sergio Neri (Catania)

REFERENTI DI SEDE

Ancona

PO: Prof.ssa Maria Montroni
PA: Prof. Riccardo Sarzani
Ric: Dott.ssa Maria Giovanna Danieli

Bari

PO: Prof. Giuseppe Palasciano
PA: Prof. Cosimo Tortorella
Ric: Dott. Francesco Resta

Bologna

PO: Prof. Marco Zoli
PA: Prof. Franco Trevisani
Ric: Dott. Roberto De Giorgio

Brescia

PO: Prof. Enrico Agabiti Rosei
PA: Prof. Damiano Rizzoni
Ric: Dott. Roberto Zulli

Cagliari

PO: Prof. Angelo Balestrieri
PA: Prof. Quirico Mela
Ric: Dott. Luchino Chessa

Catania

PO: Prof. Pietro Castellino

PA: Prof. Riccardo Noto

Ric: Dott. Sergio Neri

Catanzaro

PO: Prof. Giorgio Sesti
PA: Prof. Agostino Gnasso
Ric: Dott. Franco Arturi

Chieti

PO: Prof. Fabio Capani
PA: Prof. Ettore Porreca
Ric: Dott. Angelo Di Iorio

Ferrara

PO: Prof. Carlo Longhini
PA: Prof. Rosario Scolozzi
Ric: Dott. Stefano Volpato

Firenze

PO: Prof. Giacomo Laffi
PA: Prof. Pietro Amedeo Modesti
Ric: Dott.ssa Paola Parronchi

Foggia

PO: Prof. Emanuele Altomare
PA: Prof. Raffaele De Cesaris
Ric: Dott.ssa Maria Filomena Caiatta

Genova

PO: Prof. Franco Patrone
PA: Prof. Giorgio Luciano Viviani
Ric: Dott. Giovanni Corsini

Insubria

PO: Prof. Achille Venco
PA: Prof.ssa Luigia Guasti
Ric: Dott. Walter Ageno

L'Aquila

PO: Prof. Claudio Ferri
PA: Prof.ssa Lia Ginaldi
Ric: Dr. Giovambattista Desideri

Messina

PO: Prof. Vittorio Nicita Mauro
PA: Prof.ssa Maria Antonietta Freni
Ric: Dott. Aldo Trifiletti

Milano

PO: Prof. Massimo Pagani
PA: Prof.ssa Daniela Mari
Ric: Dott. Luigi Bergamaschini

Milano Bicocca

PO: Prof. Giuseppe Mancina
PA: Prof. Gianfranco Parati
Ric: Dott.ssa Simonetta Genovesi

Milano Cattolica

PO: Prof. Paolo Pola
PA: Prof. Paolo Caradonna
Ric: Dott. Angelo Santoliquido

Milano San Raffaele

PO: Prof. Federico Caligaris Cappio
PA: Prof. Antonio Secchi

Modena

PO: Prof. Antonello Pietrangelo
PA: Prof. Marco Bertolotti
Ric: Dott. Paolo Ventura

Napoli - II Università

PO: Prof. Paolo Altucci
PA: Prof. Mauro Giordano
Ric: Dott. Lucio Santaripa

Napoli - Federico II

PO: Prof. Franco Rengo

PA: Prof. Aldo Liberato Ferrara

Ric: Dott. Salvatore Panico

Padova

PO: Prof. Cesare Scandellari
PA: Prof.ssa Elena Ossi
Ric: Dott. Livio Trentin

Palermo

PO: Prof. Giovanni Cerasola
PA: Prof. Gino Avellone
Ric: Dott. Gabriele Di Lorenzo

Parma

PO: Prof. Roberto Delsignore
PA: Prof. Alberto Montanari
Ric: Dott. Aderville Cabassi

Pavia

PO: Prof. Carlo Balduini
PA: Prof. Paolo Gobbi
Ric: Dott. Amedeo Mugellini

Perugia

PO: Prof. Elmo Mannarino
PA: Prof. Ildo Nicoletti
Ric: Dott. Alfonso Iorio

Piemonte Orientale

PO: Prof. Ettore Bartoli
PA: Prof. Giancarlo Avanzi

Pisa

PO: Prof. Antonio Salvetti
PA: Prof. Fabio Monzani
Ric: Dott. Marco Rossi

Roma - Sapienza

PO: Prof. Pietro Serra
PA: Prof. Vittorio Santemma
Ric: Dott.ssa Roberta Di Rosa

Roma - Tor Vergata

PO: Prof. Luigi Fontana
PA: Prof. Massimo Federci
Ric: Dott. Domenico De Nardo

Sassari

PO: Prof. Giuseppe Delitala
PA: Prof. Antonio Masala
Ric: Dott. Paolo Tomasi

Siena

PO: Prof. Sandro Forconi
PA: Prof. Stefano Gonnelli
Ric: Dott. Fulvio Bruni

Torino

PO: Prof. Giuseppe Saglio
PA: Prof. Giovanni Rolla
Ric: Dott.ssa Maria Felice Brizzi

Trieste

PO: Prof. Gianfranco Guarnieri
PA: Prof. Renzo Carretta
Ric: Dott. Lorenzo Pascazio

Udine

PO: Prof. Leonardo Sechi
PA: Prof. Sergio De Marchi
Ric: Dott. Alessandro Cavarape

Verona

PO: Prof. Vincenzo Lo Cascio
PA: Prof. Giovanni Battista Gabrielli
Ric: Dott.ssa Germana Montes

MED 09, Bollettino del Collegio dei Docenti Universitari di Allergologia ed Immunologia Clinica, Gerontologia e Geriatria, Medicina dello Sport, Medicina Interna, Medicina Termale - COLMED/09

Direttore Editoriale
Franco Dammacco

Comitato Editoriale

Roberto Corrocher, 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

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche
Polo Didattico Scientifico
Via Tronto, 10 - 60020 Torrette di Ancona
Tel. 071/2206101 - Fax 071/2206103
E-mail: g.danieli@univpm.it

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli

Segretaria di Redazione
Daniela Pianosi

Stampa

Errebi Grafiche Ripesi - Falconara

Editrice



Via A. Ristori, 38 - 00197 Roma
Tel. 06809681 - Fax 068072458
E-mail: info.cepi@aimgroup.it
Internet: http://www.aimgroup.it