

4/09

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. 2 del Bollettino della Società Italiana di Medicina Interna - n. 3/2009
Registrazione Tribunale di Ancona n. 12/98 del 12.3.1998

s o m m a r i o

Collegio dei Docenti
Universitari di Medicina
Interna (ColMed/09)

Società Italiana di
Medicina Interna
(SIMI)

Commissioni miste

1

1° Documento

Il Percorso Formativo di Medicina Interna nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

redatto dalla Commissione mista COLMED/09 - SIMI

Giuseppe Realdi, coordinatore

Nicola Carulli, Fernando Sasso (COLMED/09)

Maria Domenica Cappellini, Elmo Mannarino,

Vincenzo Marigliano, Giuseppe Palasciano (SIMI)

con la collaborazione di

Franco Dammacco e Giovanni Danieli

19

2° Documento

La complessità clinica della Medicina Interna e le relative problematiche

redatto dalla Commissione mista COLMED/09 - SIMI

Roberto Corrocher, coordinatore

Piero Amodio, Riccardo Pini, Franco Trevisani

(COLMED/09), Vincenzo Arienti, Gianpiero

Benetti (SIMI)

presentazione

In questo numero del Bollettino MED/09 siamo lieti di presentare ai Colleghi universitari iscritti al Collegio ed a tutti i Soci della Società Italiana di Medicina Interna una sintesi estesa di due importanti documenti, dedicati rispettivamente alla formazione ed all'assistenza.

In marzo 2009 la Giunta Esecutiva del Collegio ed il Consiglio Direttivo della SIMI, all'epoca presieduti rispettivamente da Franco Dammacco e da Giuseppe Licata, decisero di comune accordo di studiare approfonditamente le complesse problematiche connesse da una parte con l'articolazione del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, alla luce dell'esperienza scaturita dalle diverse versioni della cosiddetta Tabella XVIII; e dall'altra con l'organizzazione assistenziale delle Unità Operative di Medicina Interna. Furono a questo scopo istituite due commissioni miste: della prima (Commissione Formazione) hanno fatto parte Giuseppe Realdi in veste di coordinatore, Maria Domenica Cappellini, Nicola Carulli, Elmo Mannarino, Vincenzo Marigliano, Giuseppe Palasciano e Fernando Sasso; la seconda (Commissione Assistenza) è stata coordinata da Roberto Corrocher con il quale hanno collaborato i Colleghi Piero Amodio, Vincenzo Arienti, Gianpiero Benetti, Riccardo Pini e Franco Trevisani.

Al termine di un encomiabile lavoro, tali Commissioni hanno elaborato due corposi documenti che sono stati successivamente migliorati ed implementati grazie alla discussione critica sia dei Colleghi menzionati tra gli autori, sia degli organi direttivi del Collegio e della Società. A tutti desideriamo esprimere il più vivo ringraziamento ed un sincero apprezzamento per il contributo di idee, critiche costruttive e proposte grazie alle quali è stato possibile "fotografare" la situazione attuale con le sue luci e le sue ombre, e tradurre l'attuale realtà in proposte operative e migliorative per l'immediato futuro.

Come abbiamo già detto, anche per la limitazio-

ne delle pagine disponibili nonché per consentirne un'agevole lettura, i due documenti sono pubblicati in questo Bollettino in forma di sintesi estesa e saranno sottoposti all'approvazione finale delle Assemblee del Collegio e della Società. Gli stessi documenti saranno quindi pubblicati, non appena possibile, in stesura completa e corredati da una serie di allegati, in un volume che sarà inviato ai Ministri dell'Università e della Salute, alla Conferenza dei Rettori, al Comitato Universitario Nazionale, ai Presidi delle Facoltà mediche, ai Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, agli Assessorati regionali alla sanità ed alla Federazione degli Ordini dei Medici.

Nell'invitare i Colleghi che lo desiderino a farci pervenire suggerimenti e riflessioni, ci auguriamo che da questo sforzo congiunto del Collegio e della Società le Autorità politiche, accademiche e sanitarie del nostro Paese sappiano trarre gli elementi propositivi ed innovativi finalizzati a migliorare la formazione universitaria delle giovani leve e l'organizzazione assistenziale della Medicina Interna, in una realtà che travalica i confini nazionali e si colloca ormai in una dimensione europea.

*Franco Dammacco, Roberto Corrocher (COLMED/09),
Giuseppe Licata,
Francesco Violi (SIMI)*

Il Percorso Formativo di Medicina Interna nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

Giuseppe Realdi, *Coordinatore Commissione per la Formazione*

Sommario

- 1. Premesse**, pag. 3
- 2. Proposte di cambiamento**, pag. 4
 - 2.1 Un percorso formativo unificato centrato sul malato, pag. 4
 - 2.2 Le principali innovazioni proposte dalla Commissione, pag. 4
 - 2.3 Le competenze generali del medico, pag. 5
 - 2.4 Il metodo clinico, pag. 5
 - 2.5 Il processo educativo: problemi, obiettivi, programma, valutazione, pag. 5
 - 2.6 Pianificazione del percorso formativo nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, pag. 7
 - 2.7 Piano degli studi dei Corsi Integrati del SSD MED09 - Medicina Interna, pag. 7
- 3. Conclusioni**, pag. 10
- 4. Tabelle**, pag. 11-18

La Commissione mista, istituita dal Collegio dei Docenti Universitari del Settore Scientifico Disciplinare di Medicina Interna MED09 (COLMED 09) e dal Consiglio Direttivo della Società Italiana di Medicina Interna (SIMI), ha redatto il documento sul percorso formativo di Medicina Interna nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Lo scopo del documento è quello di fornire indicazioni omogenee a livello nazionale sugli obiettivi educativi della Medicina Interna e delle altre discipline del settore scientifico disciplinare MED09.

3

Il Percorso Formativo di Medicina Interna nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

Giuseppe Realdi, *Coordinatore*

“Ma così avvien per il solito nelle riforme umane che si fanno per gradi (parlo delle vere e giuste riforme; non di tutte le cose che ne hanno preso il nome): ai primi che le intraprendono, par molto di modificare la cosa, di correggerla in varie parti, di levare, d'aggiungere: quelli che vengono dopo, e alle volte molto tempo dopo, trovandola, e con ragione, ancora cattiva, si fermano facilmente alla cagion più prossima, maledicono come autori della cosa quelli di cui porta il nome, perchè le hanno data la forma con la quale continua a vivere e a dominare”

Alessandro Manzoni
Storia della Colonna Infame (1840)

1. Premesse

La proposta del percorso formativo di Medicina Interna nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia è motivata dai profondi mutamenti dello stato di salute dei cittadini e quindi dalla necessità di adeguare la formazione del medico ai nuovi bisogni di salute della popolazione.

Il mancato adeguamento del percorso formativo alla mutata domanda sociale e sanitaria del Paese ha determinato una **“emergenza formativa”** correlata a numerosi fattori, fra i quali in particolare:

- l'aumentata aspettanza di vita della popolazione;
- la maggiore consapevolezza dei cittadini del diritto alla salute e le attese create dai progressi delle scienze biomediche;
- l'aumento delle malattie croniche, con l'emergere di “nuovi malati” affetti da polipatologia, complessità clinica, polifarmacoterapia, fragilità e dipendenza dalle strutture socio-sanitarie;
- il nuovo orientamento delle politiche per la salute, con uno spostamento delle risorse dalla medicina ospedaliera alla medicina del territorio;
- l'aumento dei costi per la salute parallelo alla riduzione delle risorse disponibili, all'aumento dell'inflazione, alla riduzione del PIL e alla riduzione generale della produttività;
- l'urgenza di un modello di sistema integrato delle cure, ospedale-territorio, e di una efficiente rete assistenziale con adeguato coordinamento delle attività multiprofessionali e dei servizi assistenziali, soprattutto al di fuori dell'ospedale.

L'attuale percorso formativo del medico non soddisfa tali richieste, in quanto è fortemente centrato sulle conoscenze teoriche delle malattie, meno sulle abilità, molto meno sulle attitudini e ancora

meno sui valori che il medico dovrebbe avere.

Le stesse conoscenze inoltre sono insegnate e apprese in maniera parcellizzata, in assenza di un progetto e di un obiettivo unitari.

Il percorso formativo del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia viene oggi percepito e vissuto dallo studente come una somma di nozioni, unicamente finalizzate al superamento delle verifiche (esami), anziché come una graduale maturazione professionale.

Lo studente è condizionato dalla febbre dell'esame, che vuole superare unicamente in vista della laurea e del successivo accesso alla specialità, per la quale ha imparato che la precoce frequenza del relativo reparto e dei docenti che vi afferiscono gli consente di guadagnare posizioni prioritarie, a totale scapito di una formazione medica basata sul malato valutato nella sua globalità.

Vi sono poi manifeste criticità di contenuti. L'attenzione dello studente viene richiamata essenzialmente sul percorso diagnostico-terapeutico della malattia, ignorando le ricadute psicologiche, sociali e familiari che scaturiscono dalla malattia stessa.

Lo studente utilizza sempre meno il metodo clinico basato sull'approccio per problemi e per ipotesi diagnostiche, non impara l'ascolto del malato e la raccolta dell'anamnesi, né conosce la rilevanza dell'esame fisico derivante dall'apprendimento della Semeiotica medica. Lo studente è sempre più attratto dal fascino della diagnostica strumentale e di laboratorio come primo impatto col malato e privilegia le terapie con forte impronta tecnologica o innovativa.

Scarsa o nessuna attenzione viene data alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie e al potenziamento

delle capacità residue finalizzate al benessere globale della persona.

La malattia viene osservata unicamente nel contesto ospedaliero, dove l'impostazione clinica è prevalentemente orientata a sviluppare competenze di medicina specialistica e complessa, con inevitabile parcellizzazione dell'approccio al malato.

Lo studente non acquisisce una visione globale del malato, nella sua realtà biomedico-psico-sociale, nel suo ambiente di vita e nel suo contesto familiare. Il conseguimento della laurea raramente si accompagna al perseguimento di un traguardo, che, seppure iniziale e da perfezionare negli studi successivi, consenta alla studente **di essere medico e di fare il medico**, cioè di aver acquisito durante il corso degli studi le conoscenze e le competenze basilari e la metodologia della loro applicazione al singolo paziente, tali da metterlo nelle condizioni di sapersi orientare di fronte ai problemi del malato, tracciando un percorso diagnostico, prognostico, terapeutico e di prevenzione adeguato ed efficace.

Si impone pertanto una revisione del percorso formativo del medico a partire dalle suddette criticità, ben rilevate dal legislatore nella riforma degli studi medici (DM 270/04), la terza negli ultimi vent'anni.

La Conferenza Permanente dei Presidi di Facoltà e dei Presidenti di Consiglio di Corso di laurea in Medicina e Chirurgia ha recentemente approvato una proposta di adeguamento del Regolamento delle Attività Didattiche (RaD) che segue le linee generali del decreto ministeriale della classe LM-41, Medicina e chirurgia, con l'indicazione degli obiettivi specifici del Corso di lau-

rea magistrale e la descrizione del percorso formativo (Medicina e Chirurgia, Quaderno 43/2008, pag. 1816).

Alla luce della proposta sopra citata, la commissione COLMED/SIMI ha voluto indicare i contenuti formativi propri della Medicina Interna, inseriti nel contesto del regolamento della Conferenza. Infatti, gli aspetti innovativi e maggiormente qualificanti del nuovo percorso formativo sopra menzionato sono oltremodo rilevanti e pertinenti alla "mission" della Medicina Interna stessa.

Tali aspetti, desunti dallo stesso documento dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea, si possono riassumere nei seguenti punti:

- l'esercizio della professione medica, come obiettivo prioritario del Corso di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia;
- l'approccio globale ai problemi di salute esercitato con un livello di autonomia professionale, decisionale ed operativa, attraverso un percorso formativo distribuito in sei anni di corso, pari a 360 CFU complessivi, di cui almeno 60 da acquisire in attività formative professionalizzanti;
- il livello professionale acquisito con il Corso di laurea, da considerare come prima fase di un percorso formativo che prosegue con il tronco comune, con la scuola di specializzazione e infine con l'educazione continua in medicina;
- l'importanza dell'autoapprendimento, dell'esperienza non solo in ospedale ma anche nel territorio, dell'epidemiologia come base per lo sviluppo del ragionamento clinico e della cultura della promozione della salute e della prevenzione delle malattie;
- la visione multidisciplinare e integrata dei problemi della salute e delle malattie complesse;
- il malato, considerato nella sua totalità, di soma e di psiche, in relazione dinamica con l'ambiente in cui vive.

Come si è detto, questi obiettivi rispecchiano pienamente la "mission" della Medicina interna, così come ripetutamente enunciata dal Collegio dei Professori di Medicina Interna nei suoi documenti ufficiali (Roma 1994), ma anche ribadita in più occasioni in ambito internazionale e sulle principali riviste scientifiche dalle Società di Medicina Interna Europee e Nordamericane. Nel

documento si è cercato di decodificare tale definizione attraverso una traduzione della specificità della Medicina interna in contenuti formativi di conoscenze, di competenze cliniche e di relazionalità con il malato e con l'ambiente che lo circonda. I medesimi obiettivi, generali e specifici, sono stati raggruppati in Corsi didattici autonomi, a loro volta distribuiti nell'arco dei sei anni e integrati con altri contenuti formativi propri del Corso di laurea, avendo sempre come riferimento la proposta RaD precedentemente citata.

2. Proposte di cambiamento

2.1 UN PERCORSO FORMATIVO UNIFICATO E CENTRATO SUL MALATO

Il documento proposto dalla Commissione valorizza un percorso unitario nella formazione del medico, sulla base di un metodo di approccio al malato che è il medesimo nelle varie fasi e che si differenzia unicamente per i contenuti, che sono diversi per ogni fase del percorso.

Il percorso formativo proposto, infatti, si svolge attraverso fasi che si dispiegano durante il Corso di Laurea e proseguono successivamente con il Tronco Comune, con le Scuole di Specializzazione e con la Formazione Continua in Medicina (Tab. 1). Alla base di tale percorso vi è l'acquisizione e l'applicazione di un metodo clinico caratterizzato da una visione globale del malato. Questa visione unitaria presuppone il riferimento costante a competenze generali, valide per tutti gli stadi della formazione medica e che consentono il graduale passaggio da studente a specializzando e da qui alla professione medica. Tali competenze sono da considerare come l'insieme delle conoscenze (sapere), delle capacità gestuali (saper fare) e delle capacità relazionali e attitudinali (saper essere) indispensabili per fare il medico e per essere medico e sono acquisite dallo studente attraverso *attività didattiche teoriche e teorico-pratiche*.

La Commissione COLMED/SIMI propone che le attività didattiche dell'intero Corso di Laurea, intese come didattica frontale (lezioni) e didattica teorico pratica (esercitazioni), debbano svolgersi nei primi 5 anni e che il 6° anno sia pienamente riservato al tirocinio professiona-

lizzante, considerato come fase preparatoria all'Esame di Stato. Le discipline pre-cliniche sono insegnate nei primi due anni del Corso di Laurea e sono propedeutiche alle attività didattiche successive.

Un elemento rilevante suggerito dalla Commissione, sulla base anche della proposta dei Presidenti di CCL, è l'istituzione del **Corso Integrato di Scienze Umane**, comprendente una formazione teorica e una formazione pratica sui seguenti temi: *logica, epistemologia, storia della medicina, psicologia, sociologia, bioetica, integrazione delle professioni sanitarie, qualità della vita e cure palliative*. Il corso è coordinato da un Internista, che, nella prassi clinica, più di ogni altro è chiamato ad affrontare problematiche relative a questi ambiti culturali.

2.2 LE PRINCIPALI INNOVAZIONI PROPOSTE DALLA COMMISSIONE

I criteri generali individuati dalla Commissione COLMED/SIMI e le principali innovazioni suggerite, anche alla luce delle considerazioni riportate nel RaD Medicina e Chirurgia, sono così sintetizzabili:

Obiettivo principale e prioritario del Corso di Laurea è imparare ad essere medico e a fare il medico

Gli studenti, fin dal primo anno di corso, sono messi in grado di percepire la *mission* del Corso di laurea e di acquisire la convinzione che il Corso consentirà loro di raggiungere la preparazione di essere medici.

I docenti da parte loro hanno la responsabilità dell'insegnamento delle conoscenze e delle competenze mediche e condividono con gli studenti l'apprendimento del sapere, del saper fare e del saper essere, attraverso una chiara individuazione di obiettivi educativi che saranno raggiunti con impiego di metodi didattici appropriati

I criteri di valutazione saranno definiti fin dall'inizio del corso e serviranno per valutare l'efficienza e i risultati del corso e la preparazione degli studenti

Il percorso formativo del Corso è caratterizzato da un unico metodo di approccio sistemico ai problemi di salute del paziente e da obiettivi educativi differenziati e gradualmente distribuiti negli anni, con variabilità di estensione e di profondità

Priorità viene data alla conoscenza dei bisogni primari di salute del singolo malato e alle modalità di risposta medica a tali bisogni, che globalmente si esprimono nelle cure primarie il cui apprendimento deve attuarsi anche nell'ambito delle strutture assistenziali del territorio

La Commissione ha voluto contenere gli obiettivi formativi all'essenziale (*core curriculum*), allo scopo di ridurre il carico di nozioni a vantaggio della migliore comprensione e della memorizzazione delle stesse. Inoltre la Commissione ha voluto sottolineare la rilevanza della conoscenza basate sull'esperienza, indicando come ineludibile l'*attività didattica di tipo teorico-pratico (esercitazioni)*, da effettuarsi anche in strutture ospedaliere del territorio e presso gli ambulatori del Medico di Medicina Generale, e *quella di tipo professionalizzante* da realizzare come applicazione continua in strutture ospedaliere e ambulatoriali sotto la guida di un tutore, responsabile del percorso formativo dello studente.

2.3 LE COMPETENZE GENERALI DEL MEDICO

La Commissione COLMED/SIMI, alla luce sia di quanto proposto dalla Conferenza dei Presidenti di CCL, sia dei contenuti curriculari formulati da Commissioni Accademiche di alcuni paesi europei (Blueprint, Olanda, 2009) e nordamericani (Direttori di Medicina Interna del Corso di Laurea e Società di Medicina Interna Generale, Curriculum Guide, USA, 2006), ha individuato **sei competenze generali** del Medico, sulla base delle quali formulare il piano degli studi. Nella Tabella 2 sono indicate le competenze generali del medico, gli obiettivi generali della didattica e il prevalente dominio dell'apprendimento e dei metodi didattici, con la distribuzione della didattica frontale e teorico-pratica e del tirocinio professionalizzante.

2.4 IL METODO CLINICO

L'Internista è il medico specialista dell'approccio sistemico ai problemi di salute del singolo malato globalmente considerato, vale a dire è lo specialista del metodo di applicazione delle conoscenze e delle esperienze ai problemi del singolo paziente, affetto da patologie singole o multiple.

Il metodo clinico si può definire come il processo logico che cerca la spiegazione dei fenomeni patologici riferiti o riscontrati nel singolo malato, attraverso una ricostruzione storica e un'analisi attuale dei fatti accaduti. Questa spiegazione si concretizza e si traduce nella *diagnosi*, che è una interpretazione dei sintomi, dei segni e di altri dati raccolti sul malato e che serve a collocare questo insieme di alterazioni in una categoria nosologica, che chiamiamo malattia.

Pertanto il *primum movens* della ricerca di una spiegazione di questi eventi iniziali è il contrasto che il Medico percepisce e registra nella sua mente tra il suo sapere sulla biologia e sulla psicologia dell'essere umano e il riscontro di una alterata funzione o di un disturbo raccontati dal malato, con le alterazioni fisiche e psichiche evidenziabili all'esame clinico.

Questo contrasto viene definito "**problema**" e rappresenta il vero punto di partenza per avanzare ipotesi di diagnosi. La prima fase del ragionamento clinico è pertanto la capacità di individuare i problemi chiamandoli con lessico medico. Questa opera del Medico ha inizio fin dal primo momento dell'incontro con il malato, talvolta prima ancora che il malato inizi a parlare.

L'Internista pertanto è il medico capace di individuare i molteplici e spesso diversi problemi di salute del malato, che egli vede e valuta nella sua globalità, e di stabilirne una priorità di intervento, in base a criteri di gravità, urgenza e disponibilità di trattamenti efficaci.

Le conoscenze e le competenze sopra citate vengono acquisite non solo in ospedale, ma anche nelle strutture sanitarie territoriali.

Il Medico Internista è inoltre in grado di valutare la **complessità** che deriva dall'interazione di fattori individuali e di fattori ambientali i quali, globalmente, conferiscono a ogni malato lo status di malato unico ed irripetibile.

La percezione dei problemi consente di formulare **ipotesi diagnostiche**, nel tentativo di trovare una spiegazione dei problemi del malato. Queste ipotesi possono nascere nella mente del medico con meccanismo automatico (riconoscimento di modelli) o attraverso un ragionamento di tipo ipotetico-deduttivo; le due modalità sono utilizzate contemporaneamente o in alternativa, e il loro corretto utilizzo carat-

terizza la bravura del medico.

La terza fase è la **diagnosi definitiva**, frequentemente gravata di incertezza a causa della impossibilità o della non opportunità, di estendere all'infinito gli accertamenti di laboratorio che a poco servirebbe per il bene del malato stesso.

Queste fasi, come anche quelle successive della **decisione terapeutica**, del ricorso all'Evidence Based Medicine, della valutazione dell'efficacia della terapia, dell'evoluzione clinica della malattia e della sua prognosi, rappresentano stadi specifici dell'approccio metodologico basato sulla soluzione dei problemi.

2.5 IL PROCESSO EDUCATIVO: PROBLEMI, OBIETTIVI, PROGRAMMA E VALUTAZIONE

Anche il compito specifico dei docenti comporta un approccio basato sulla soluzione di problemi.

I docenti infatti sono chiamati a preparare collegialmente un *programma educativo* che inizia con l'identificazione dei problemi prioritari di salute della popolazione e la definizione dei compiti che si ritiene il neolaureato debba saper affrontare per svolgere il ruolo di medico. Affrontare i compiti professionali significa acquisire conoscenza e competenza adeguate per risolvere i problemi connessi con tali compiti e non con altri. Pertanto la definizione dei compiti comporta identificare obiettivi educativi delimitati, che lo studente è chiamato a raggiungere attraverso il processo educativo messo in atto dal docente. Gli studenti vengono resi partecipi del piano educativo generale del Corso di Laurea e di quello specifico di ogni singolo corso. In questo modo docenti e discenti avranno chiari il *percorso generale e specifico* e gli *strumenti didattici* per intraprendere detto percorso. (Guilbert GG. Guida Pedagogica, 2002).

Le tappe del processo educativo si possono riassumere:

- Individuazione dei problemi prioritari di salute
- Definizione dei compiti professionali (cosa il neolaureato in medicina e chirurgia deve sapere, deve saper fare, deve saper essere)
- Definizione degli obiettivi educativi
- Pianificazione di un sistema di valutazione
- Preparazione e attuazione del programma
- Attuazione della valutazione

Un **problema di salute** è così definito perché riferito dallo stesso malato o perché rilevato dal medico. L'identificazione e l'analisi del problema di salute rappresentano l'oggetto prioritario del corso di Metodologia clinica e di Semeiotica Medica.

I **Compiti professionali clinici** o "*Clinical skills*" costituiscono ciò che il medico alla fine degli studi dovrebbe concretamente "sapere", "saper fare" e "saper essere" nel suo incontro con il malato.

Gli **obiettivi educativi** rappresentano le *conoscenze* (il sapere), le *capacità* (il saper fare) e le *attitudini* (il saper essere) che il discente deve acquisire durante il Corso di laurea in medicina per esercitare il suo ruolo di medico. Gli obiettivi educativi sono suddivisi fra le discipline dei vari Corsi integrati e comprendono obiettivi di insegnamento (cioè che il docente insegna) e obiettivi di apprendimento (cioè che il discente apprende).

Il **programma educativo** rappresenta l'insieme dei metodi e dei mezzi didattici utilizzabili per raggiungere gli obiettivi educativi. La *didattica frontale* (lezioni) rappresenta il metodo didattico tradizionalmente più seguito dai docenti, anche se attualmente è considerato meno rilevante rispetto al passato. Infatti molte nozioni possono essere acquisite facilmente su testi di sistematica o per via informatica. Al contrario lo studente deve essere sollecitato a ragionare, a usare la logica, a porsi il perché di ogni dato che scaturisce dall'incontro con il paziente, ad adottare quelle decisioni sostenute dalle prove di efficacia, ma anche derivanti dall'esperienza del docente stesso. In questo sta la rilevanza dell'incontro didattico dello studente con il docente. Particolare enfasi va data all'apprendimento sul campo (specialmente nelle strutture ambulatoriali), che si realizza con la *didattica teorico-pratica* (o esercitazioni) e con il tirocinio professionalizzante; nella prima il docente insegna allo studente come fare e come essere e sollecita lo studente a ripetere, seguendo griglie di apprendimento definite, le fasi del fare e dell'essere, ma lo sollecita altresì a riformulare ad alta voce il ragionamento clinico seguito e a riflettere sui passaggi logici che hanno condotto a formulare una determinata

ipotesi. Così lo studente impara facendo e ripetendo ciò che vede fare ed essere dal docente, per poi fare ed essere da solo. L'esercizio della medicina in autonomia, sotto la guida di un tutore, si realizza soprattutto nel *tirocinio professionalizzante*, dove lo studente decide e opera da solo, per essere poi valutato dal tutore stesso.

Per quanto riguarda la **valutazione**, il metodo considerato migliore è l'*OSCE (Objective Structured Clinical Examination: esame clinico strutturato per obiettivi)*. Esso richiede esperienza e organizzazione, non facilmente raggiungibile nelle nostre strutture universitarie. Recenti pubblicazioni rendono più accessibile e realizzabile questa modalità di esame che assomma obiettivi di giudizio, riproducibilità, coinvolgimento di più docenti e completezza di valutazione, soprattutto nell'ambito clinico, e delle capacità decisionali che lo studente deve dimostrare di aver acquisito.

In alternativa, e maggiormente in linea con la nostra tradizione culturale, è il metodo suggerito dal documento proposto dai Presidenti di Corso di Laurea Magistrale precedentemente citato, che fa riferimento ai *descrittori europei*. Seguendo questo metodo si dà modo allo studente di effettuare un percorso formativo per ogni singolo corso integrato, formato da tappe progressive, nelle quali lo studente acquisisce il sapere, il saper fare e il saper essere, sia con lezioni frontali, sia con esercitazioni, con contemporanea e parallela valutazione delle varie componenti del sapere (esempio: MCQ alternate a verifiche sul campo, quali saper misurare la pressione arteriosa, o fare un prelievo o una endovenosa su di un manichino, saper prendere decisioni su casi clinici reali di tipo diagnostico o terapeutico, con capacità di motivare le decisioni stesse) (vedi obiettivi riportati negli Allegati che saranno presentati nel documento integrale di imminente pubblicazione).

Dal punto di vista pratico, la valutazione potrà prendere in considerazione momenti differenziati, compresa la frequenza alle attività didattiche, come si riporta negli esempi sottostanti:

- Valutazione della frequenza alle lezioni: lo *score* o il punteggio attribuito per tale frequenza potrebbe essere pari al 20%

del voto massimo finale in trentesimi.

- Valutazione della conoscenza acquisita durante le lezioni: tale valutazione potrebbe essere effettuata tramite domande a risposta multipla (MCQ) da somministrare in due o tre occasioni durante il corso delle lezioni. Il punteggio dato a tale valutazione fatta in itinere e basata sulla verifica delle nozioni acquisite potrebbe essere pari al 20% del voto finale (valutazione della conoscenza)

- Frequenza alle esercitazioni: il punteggio acquisito dallo studente per la sola frequenza potrebbe essere pari al 20% del voto finale

- Esame sul malato, come verifica dell'apprendimento dell'attività teorico pratica o esercitazioni, fatto alla fine del corso. Il punteggio potrebbe corrispondere al 20% del voto finale (valutazione della capacità di applicare conoscenze e di comunicazione)

- Esame finale orale, cioè colloquio tra docente e studente, volto alla valutazione della capacità di comprensione, di giudizio, di ragionamento, di capacità decisionale. Il punteggio a questa valutazione potrebbe corrispondere al 20% del voto finale.

Questa proposta rende lo studente partecipe del processo didattico, che diventa non solo formativo, ma anche valutativo; lo studente conosce fin dall'inizio del Corso le modalità di valutazione della sua preparazione, viene stimolato a partecipare personalmente alle attività didattiche, diventa parte attiva dei processi di apprendimento e può constatare personalmente la progressiva acquisizione di conoscenze, di capacità e attitudini, di relazionalità e di comunicazione.

2.6 PIANIFICAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO DEL CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA

La proposta della Commissione in merito alla pianificazione dell'intero percorso formativo del Corso di Laurea è riassunta nella Tabella 3, nella quale sono identificabili tre principali tappe:

Prima Tappa: Discipline pre-cliniche. A queste è riservato il 1° e il 2° anno (pari a 60 + 60 crediti formativi), con possibile individuazione di 10 corsi integrati, da considerare come propedeutici agli anni successivi.

Seconda Tappa: Discipline cliniche.

7

Queste sono svolte nel 3°, 4° e 5° anno (60 CFU per ogni anno di corso). In questo triennio viene data particolare rilevanza alla didattica frontale e teorico-pratica sia della Medicina Interna, sia della Fisiopatologia e Clinica delle Specialità Medico-chirurgiche.

Le discipline afferenti alla Medicina Interna sono svolte in ognuno dei tre anni. La Fisiopatologia e Clinica delle Specialità Medico-chirurgiche viene affrontata in quattro corsi distinti, al 3° e al 4° anno, primo e secondo semestre. L'individuazione degli obiettivi e l'organizzazione di questi corsi è lasciata ai Colleghi Specialisti.

I Corsi integrati delle discipline MED/09-Medicina Interna sono coordinati da un Internista, mentre i corsi integrati di Fisiopatologia e Clinica delle Specialità Medico-chirurgiche da uno Specialista. Tuttavia è indispensabile che i programmi delle discipline internistiche e quelli delle discipline specialistiche vengano discussi e approvati congiuntamente, allo scopo di evitare, per quanto possibile, ripetizioni o carenze didattiche.

Terza Tappa: Tirocinio professionalizzante. A questo tirocinio è dedicato l'intero 6° anno di corso. Esso viene svolto presso strutture assistenziali universitarie e ospedaliere convenzionate e presso servizi assistenziali territoriali. Gli obiettivi educativi da raggiungere con la frequenza in tali strutture sono i medesimi previsti per sostenere l'Esame di Stato, di cui il tirocinio professionalizzante costituisce periodo di formazione propedeutico. Al sesto anno è stato inserito anche un Corso di Formazione multidisciplinare, con presentazione di casi clinici paradigmatici e con intervento di più professionalità mediche e chirurgiche. La presentazione interattiva dei casi clinici viene effettuata dagli studenti (a gruppi di 3-4), i quali riceveranno il materiale relativo al caso clinico tempo prima, un commento del caso da parte dei docenti con le indicazioni di presentazione, gli indirizzi diagnostici e terapeutici, i percorsi assistenziali in ospedale o nel territorio, i problemi di natura etica. Gli studenti riceveranno un giudizio di idoneità che sarà registrato nel curriculum con acquisizione di crediti.

La didattica durante i primi cinque anni di Corso, viene svolta come *didattica frontale* (lezioni) e *didattica teorico-pratica* (esercitazioni). Il tempo in ore

dedicato alle due forme di didattica è mediamente del 50+50%, con tempo dedicato all'attività teorico-pratica minore nei primi anni, maggiore durante la didattica clinica.

La didattica viene svolta per corsi integrati, ognuno dei quali ha un docente responsabile:

- della programmazione del corso;
- dello svolgimento della didattica;
- del coinvolgimento di altri docenti;
- del calendario delle attività didattiche;
- della definizione degli obiettivi educativi;
- dei sussidi didattici per gli studenti;
- della valutazione in itinere e della valutazione finale.

Gli studenti sono invitati a valutare l'attività didattica svolta da tutti i docenti del Corso Integrato.

Il Coordinatore del Corso Integrato redigerà alla fine del Corso un documento sulle modalità di svolgimento del corso e sui risultati conseguiti.

All'inizio del periodo clinico ogni studente viene affidato ad un tutore (mentore) che lo segue durante tutta la preparazione clinica, dà consigli sulla progressione della carriera, sulla programmazione degli esami e sullo svolgimento del curriculum. Il Tutore-Mentore ha incontri periodici con lo studente, ne segue i problemi e le difficoltà, suggerisce soluzioni e consiglia un adeguato percorso didattico, registrando gli incontri e le reazioni dello studente su un libretto telematico.

2.7 PIANO DEGLI STUDI DEI CORSI INTEGRATI Afferenti al SSD MED09 (MEDICINA INTERNA)

Le Tabelle 4-5-6 riportano la proposta della distribuzione dei Corsi integrati afferenti alle discipline comprese nel SSD MED09, nel primo e nel secondo semestre del 3° 4° e 5° anno di corso. La tabella 7 riassume l'offerta didattica e il tirocinio professionalizzante del 6° anno di corso. Oltre ai Corsi integrati afferenti alla Medicina interna, sono stati indicati, a puro titolo di proposta, anche i Corsi integrati considerati essenziali e che la Commissione ritiene possano essere attivati nel contesto degli ambiti disciplinari previsti dalla normativa LM-41 Classe di Medicina e Chirurgia (RaD Medicina e chirurgia). Viene di seguito data una descrizione delle motivazioni

principali che hanno suggerito la proposta di attivazione dei Corsi integrati afferenti al MED09, con l'indicazione degli obiettivi di ogni corso, obiettivi che possono costituire l'oggetto di lezioni frontali, a loro volta dettagliate in obiettivi specifici che saranno riportati negli allegati di prossima pubblicazione nel documento integrale. Nel contesto della descrizione degli obiettivi specifici (vedi futuri allegati) si fa riferimento per ogni obiettivo non solo all'insieme di conoscenze (ambito del *sapere*), ma anche alle capacità, alle attitudini e al comportamento (*saper fare e saper essere*), da apprendere nell'attività teorico pratica con la guida di un tutore e durante il tirocinio professionalizzante, da attuare da soli, sempre con la supervisione di un tutore.

2.7.1. Corso integrato di Scienze Umane

Il Corso si svolge dal primo al sesto anno ed è organizzato e coordinato da un Internista. Il Corso si prefigge di formare nel giovane studente una mente razionale, dotata di capacità logica e di critica, e una cultura che consenta allo studente di collegare la medicina con le restanti parti della cultura scientifica e di comprendere le relazioni che esistono tra la medicina da un lato, e il mondo interiore dell'uomo e il mondo dei valori, dall'altro. L'obiettivo generale del Corso è quello di far acquisire allo studente che la medicina è **sapere scientifico oggettivo applicato alla singola persona**, è **epistemologia**, cioè conoscenza esplicativa, e **antropologia**, cioè interpretazione e comprensione della persona, elemento costitutivo centrale della prassi medica. "Il medico non ha a che fare soltanto con eventi che riguardano le scienze biologiche in senso stretto, ma anche con quei fenomeni che rientrano nell'ambito delle scienze umane e che riguardano il significato e il valore della vita umana" (Federspil). Pertanto compito del medico non è solo quello di *spiegare* i fenomeni che si sono verificati nell'organismo del suo paziente, ma anche quello di *comprendere* i vissuti emozionali dell'uomo e le interazioni che tali vissuti possono avere con la malattia. "Medico e malato si trovano uniti da un legame prevalentemente umano, non scientificamente fondato; per questo è fondamentale che il medico abbia sempre presente che nella sua

attività la spiegazione scientifica sia sempre accompagnata dalla consapevolezza che gli accadimenti patologici del suo malato hanno un senso che egli deve comprendere” (Jaspers). Infatti “l’ordine della spiegazione che dice *come* l’alterazione si è prodotta, non è in grado di comprendere *perché* si è prodotta, dove il perché non rinvia ad una causa, ma ad un senso” (Galimberti).

Questo Corso pertanto sarà per definizione fortemente integrato, con intervento di molteplici competenze che, sotto forma di seminari, affronteranno le varie discipline che rientrano nel contesto delle scienze umane. Vi sarà una gradualità nell’affrontare quelle nozioni fondamentali che appartengono alla cultura generale e che servono a formare uno spirito critico e una mentalità scientifica. Tali nozioni saranno acquisite attraverso una serie di obiettivi formativi presentati di semestre in semestre, parallelamente alla progressiva maturazione umana e culturale dello studente, in modo che le nozioni stesse possano progressivamente arricchire il suo bagaglio professionalizzante.

Il docente Internista è colui che maggiormente riassume in sé le conoscenze e le competenze per coordinare questo Corso Integrato, che dovrebbe contribuire a formare un medico non solo conoscitore della scienza medica, ma anche dei limiti della scienza stessa, capace di ragionare in modo corretto, che sappia prendere decisioni in modo critico, riconoscendo i problemi etici che entrano in gioco nelle varie contingenze cliniche. La Tabella 8 riporta il programma didattico del Corso Integrato di Scienze Umane. Nell’Allegato A saranno riportati gli obiettivi didattici specifici dello stesso.

La valutazione semestrale della didattica sarà effettuata tramite un colloquio da registrare nel curriculum, che terrà in considerazione la frequenza alle attività didattiche e la capacità di comprensione della narrazione del vissuto effettuata da un paziente o estrapolata dalla letteratura.

2.7.2. Corso integrato di Metodologia Clinica e Semeiotica Medica

L’idea che la medicina dovesse essere praticata sulla base di un metodo risale alla cultura ellenica. “Il fondamento dell’arte medica resta l’essere padrone

del metodo di indagine” (Ippocrate, V sec a.C.). Più recentemente Augusto Murri (1914) (citato da Federspil): “la discussione del metodo è la più essenziale e la più feconda....; non ci sono due o più metodi per giungere al vero: ce n’è uno solo”.

La metodologia clinica si può definire come una disciplina formale che si prefigge di stabilire i comportamenti e le regole alle quali il medico deve attenersi nella sua attività professionale. È una *disciplina prescrittiva*, che formula cioè comandi o consigli allo scopo di realizzare, attraverso determinati mezzi, specifici fini. Il suo scopo ultimo è quello di formare nello studente quello spirito critico e quella consapevolezza dei propri atti, che sono indispensabili per praticare la medicina (Federspil).

Il Corso comprende una parte dedicata alla Metodologia Clinica, dove vengono insegnate le *regole* del ragionamento clinico e dell’operare clinico, e una parte dedicata alle *metodiche*, cioè alle tecniche di indagine che si applicano nei vari settori della ricerca biomedica e specificamente alla diagnosi del malato e alla decisione terapeutica. In questo contesto, particolare importanza assume la Semeiotica Medica, cioè lo studio, la valutazione e la comprensione del malato attraverso i sintomi soggettivi e i segni obiettivi.

Oltre alla didattica teorica, notevole importanza riveste la didattica teorico pratica, con diretto coinvolgimento degli studenti sul malato, per abituarli all’incontro con il malato stesso, all’ascolto e all’interpretazione del racconto della sua storia, alla visita medica e alla esplorazione degli organi e apparati attraverso adeguate manovre semeiologiche, con la finalità di individuare e definire i problemi del malato, la fisiogenesi dei sintomi e dei segni e proporre la soluzione attraverso le ipotesi diagnostiche. La Tabella 9 riporta il programma didattico del Corso di Metodologia Clinica e Semeiotica Medica. Nell’allegato B saranno riportati gli obiettivi didattici specifici con l’indicazione di quelli propri della conoscenza (didattica frontale), delle capacità e delle attitudini (teorico-pratica). L’attività didattica del Corso di Metodologia Clinica e Semeiotica Medica sarà fortemente integrata con il Corso di Logica

Clinica, obiettivo didattico specifico del Corso di Scienze Umane del 3° anno.

2.7.3. Corso Integrato di Medicina Interna Sistemica e per Problemi

Questo corso è programmato per il primo e secondo semestre del 4° anno. Come si è detto in precedenza, l’identificazione del problema del malato (problema principale o problema maggiormente critico o sintomo/segno di allarme) rappresenta il primo indispensabile stadio per procedere alla successiva formulazione delle ipotesi diagnostiche. In questo processo di formulazione delle ipotesi subentrano processi cognitivi e mnemonici, descritti nella letteratura anche recente e che pertanto vanno insegnati e discussi con gli studenti. Nella Tabella 10 è riportato un elenco dei principali problemi che si ritiene di dover affrontare nel corso. Si tratta di problemi aventi spesso carattere di urgenza (“red flags”) che richiedono una interpretazione immediata e l’esclusione di patologie gravi a rischio di vita. Per ogni problema è stata predisposta una scheda illustrante gli obiettivi didattici specifici (Allegato C). Anche questi obiettivi saranno perseguiti tramite didattica frontale e teorico pratica, in piccoli gruppi con tutore.

2.7.4. Corso Integrato di Clinica Medica Generale e Terapia

Questo corso è programmato per il primo e secondo semestre del 5° anno ed è dedicato alle modalità di approccio a patologie note, che si presentano al medico, come aggravamento o scompenso delle patologie stesse. Si tratta pertanto di patologie prevalentemente croniche, che si riacutizzano, o nuove presentazioni di malattie in soggetti in precedenza apparentemente sani o in pazienti già affetti da polipatologia, quindi in prevalenza anziani. Gli argomenti sono affrontati attraverso l’utilizzo di casi clinici paradigmatici, la cui presentazione educa lo studente all’**apprendimento della complessità clinica e assistenziale e alla definizione di una gerarchia di priorità di intervento**. La Tabella 11 riporta un elenco delle patologie maggiormente rilevanti da affrontare. L’ulteriore definizione degli obiettivi didattici specifici sarà riportata nell’Allegato D. Particolare enfasi sarà data alla decisione terapeutica e al fol-

low-up del paziente, con riferimento ai parametri clinici e di laboratorio utili per mantenere e controllare la stabilità clinica e individuare precocemente i sintomi e i segni di instabilità o di scompenso (*red flags*). Anche per questo corso, si prevede una parte di didattica teorica e una parte, almeno pari come tempo, alla didattica teorico-pratica, con tutore sul campo, sia in reparto, sia sul territorio.

I tre corsi integrati di Medicina Interna sopra indicati potranno essere condotti e svolti da un medesimo docente, che incontra gli studenti al terzo anno e li conduce al quarto e poi al quinto anno, in una gestione uniforme e continuativa di trasmissione di conoscenze e di competenze, pur se coadiuvato da colleghi dediti soprattutto alle attività teorico-pratiche e ai tirocini professionalizzanti. Questi ultimi dovranno essere calendarizzati e strutturati, con indicazione degli obiettivi specifici per ogni incontro formativo, obiettivi deducibili dalle schede contenenti globalmente le conoscenze, le competenze, le attitudini e il comportamento.

2.7.5. Corso Integrato di Geriatria

I principi generali che hanno guidato alla scelta degli obiettivi di apprendimento sono desunti dal portale della Formazione Geriatrica negli USA (www.pogoe.org) dove sono riportate le competenze minime geriatriche per gli studenti di medicina proposte da un consenso della American Geriatrics Society, con alcune integrazioni suggerite dai Colleghi Geriatri della Commissione e della Giunta del Collegio. Tali competenze riguardano le competenze in Medicina Geriatrica focalizzate su argomenti relativi all'evoluzione delle patologie nell'anziano e le conoscenze e competenze importanti per l'approccio al paziente geriatrico.

Nella Tabella 12 sono riportati gli obiettivi educativi specifici del Corso Integrato. L'Allegato E specificherà ulteriormente gli obiettivi didattici.

2.7.6. Corso Integrato di Medicina di Comunità o Cure Primarie

Il DM 16.3.2007 identifica la Medicina di Comunità e Cure Primarie o Assistenza Sanitaria Primaria come "Ambito disciplinare caratterizzante" in cui confluiscono più SSD (MED/09

Medicina Interna, MED/17 Malattie Infettive, MED/34 Medicina Fisica e Riabilitativa, MED/38 Pediatria Generale e Specialistica, MED/42 Igiene Generale e Applicata), proprio perché molteplici sono le competenze che servono al medico per operare in un sistema complesso, multiprofessionale e multidisciplinare. Il corso integrato pertanto deve rispettare questa multidisciplinarietà e le competenze da acquisire devono abbracciare più aree (promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, organizzazione dei servizi e percorsi di cura) e quindi utilizzare l'apporto didattico di varie discipline e docenti di diversi SSD (discipline preventive MED/42, discipline cliniche: MED/09, MED/17, MED/34, MED/38, discipline organizzative: MED/42). Le discipline accademiche tradizionali tuttavia non esauriscono le esigenze formative necessarie, dal momento che mancano ancora discipline quali la "Medicina Generale territoriale, la Medicina Palliativa, la Medicina Riabilitativa occupazionale, e più in generale la Medicina di Distretto con i suoi contenuti di governo clinico". E' pertanto necessario l'apporto non solo di docenza universitaria, ma anche di esperienze di professionisti operanti nei Distretti e nella Medicina Generale territoriale. Ciò consente di fornire agli studenti un profilo di competenze oggi mancante, ma necessario, basato sull'approccio bio-psico-sociale, su competenze cliniche e gestionali per effettuare quella sintesi clinico-assistenziale-organizzativa in grado di unificare sul paziente, soprattutto complesso, attività e prestazioni erogate da professionisti con *background* formativo diverso. Per effettuare questa sintesi clinico-assistenziale-organizzativa lo studente deve possedere competenze sia del metodo clinico, sia di quello organizzativo. Ecco perché il Corso di Cure Primarie trova collocazione appropriata al primo e al secondo semestre del quinto anno. Il Corso è coordinato da un Internista. La Tabella 13 riporta gli obiettivi educativi specifici del Corso Integrato. L'Allegato F conterrà gli obiettivi didattici specifici.

2.7.7. Corso Integrato di Emergenze Medico-Chirurgiche

Il Corso è multidisciplinare e vede il coinvolgimento, oltre che dell'Internista,

del farmacologo, del cardiologo, del chirurgo generale e cardiovascolare, del neurologo, dello psichiatra, dell'ortopedico, dell'anestesista e del pneumologo. Il Corso è coordinato da un docente Internista. Argomenti del corso sono in primo luogo le situazioni con grave compromissione dei segni vitali (emergenze), vale a dire quelle nelle quali il malato "sta per morire" e richiede di esser rianimato e stabilizzato con approccio medico e/o chirurgico immediato, anche ricorrendo alla resuscitazione cardio-respiratoria con ventilazione assistita e monitoraggio continuo delle funzioni vitali. Per questo la didattica dovrà essere condivisa con le altre figure professionali che partecipano al Corso Integrato. La Tabella 14 riassume gli obiettivi educativi specifici del Corso Integrato e le conoscenze e competenze da acquisire. L'Allegato G conterrà gli obiettivi didattici specifici.

2.7.8. Corso Integrato di Medicina delle Attività motorie e del benessere

Il nuovo regolamento proposto come adeguamento al DM 16.3.2007 prevede uno specifico ambito di Medicina delle attività motorie e del benessere con carattere multidisciplinare e con il concorso di docenza non solo di MED09, ma anche di MED10 (malattie apparato respiratorio), MED12 (apparato cardiovascolare), MED13 (endocrinologia), M-EDF 01 (metodi e didattiche delle attività motorie), M-EDF 02 (metodi e didattiche delle attività sportive), MED50 (scienze tecniche mediche applicate).

Si propone il coordinamento del corso da parte di un Internista che meglio di ogni altro può avere una visione e una valutazione di insieme dei molteplici aspetti relativi alla tutela della salute, attraverso l'attività motoria in condizioni fisiologiche e patologiche. Il corso si propone l'acquisizione dei principi della prevenzione primaria e secondaria tramite l'esercizio fisico, la capacità di valutazione e di interpretazione dei componenti l'efficienza fisica, la valutazione funzionale del soggetto sano, del malato con patologie croniche, dell'anziano autonomo o parzialmente dipendente in ordine alla prescrizione dell'esercizio fisico per il mantenimento di un adeguato stato di salute o per il miglioramento delle funzioni motorie in ordine al recupero funzionale e alla cura della disabilità.

3. Conclusioni

L'aggiornamento di un curriculum formativo, come quello del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia è da considerare un evento fisiologico, di adeguamento non solo al continuo progredire delle conoscenze scientifiche e alla disponibilità di tecnologie sempre più avanzate, ma anche alle esigenze derivanti dall'evoluzione del panorama socio-sanitario in cui il medico si trova ad operare.

La Medicina Interna, come disciplina più coinvolta e quindi più sensibile nel cogliere gli eventuali segni di inadeguatezza formativa del futuro medico, ha sentito la necessità di porre il problema quasi nei termini di una " emergenza formativa "

Il documento presentato è il risultato del lavoro della Commissione mista COLMED/09-SIMI che, partendo da una analisi delle criticità dell'attuale curriculum formativo di Medicina e chirurgia, a fronte delle esigenze professionali richieste nel contesto attuale, ha ridisegnato un percorso formativo omogeneo centrato sul malato, definendone l'organizzazione e dettagliandone gli obiettivi nei vari anni del corso, analogamente a quanto altre Società di Medicina Interna, soprattutto nei paesi anglosassoni e la stessa EFIM (European Federation of Internal Medicine), già da tempo vanno proponendo e attuando.

Pur sulla scorta di premesse generali, l'elaborazione di un documento siffatto non poteva che prendere in considerazione essenzialmente quegli aspetti tecnici del curriculum ritenuti in grado di

aggiornare adeguatamente le competenze del futuro medico.

La commissione si rende tuttavia conto che la sua implementazione necessita di altre componenti essenziali, sia di natura istituzionale, sia di natura squisitamente culturale ed etica.

La prima attiene a tutti i soggetti istituzionali siano essi responsabili e coinvolti nella formazione universitaria, siano essi i potenziali fruitori del laureato in medicina e cioè il SSN. E' necessario che i Colleghi Docenti, dalle Scienze di Base alle Specialità Medico-Chirurgiche, siano sensibilizzati e coinvolti, diano il loro contributo critico e condividano lo spirito e la lettera del documento.

E' necessario che il CUN accolga e faccia proprie le proposte di modifica dell'organizzazione del corso di laurea e insieme alle Conferenze dei Presidenti di Corso di laurea e dei Presidi di Facoltà avvii il cambiamento e lo renda concreto e operativo a livello delle Facoltà mediche nazionali.

E' necessario che gli organi di governo dell'Università, negli atti programmatici, ravvedano l'opportunità di dedicare risorse e incentivi di carriera per lo sviluppo di competenze in quelle aree della Medicina Clinica (ad esempio le Cure Primarie) finora non prese in considerazione nel curriculum universitario, ma di enorme rilevanza ai fini dell'educazione medica.

E' necessario convincere le Istituzioni Sanitarie, a qualsiasi livello, che solo attraverso un adeguato cambiamento culturale si può incidere positivamente sulle criticità attuali

del Servizio Sanitario Nazionale.

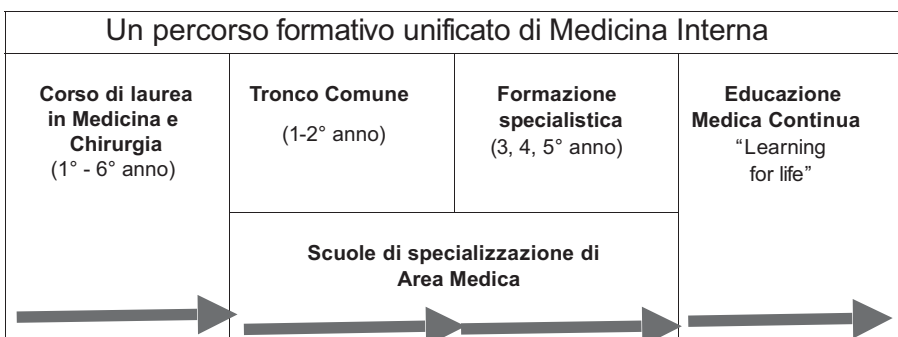
Il SSN è ben conscio della ineludibile necessità di disporre di professionalità sanitarie più adeguate per dare risposte ai bisogni attuali di salute e non perde l'occasione per invitare con insistenza le Università a formare un medico con competenze più rispondenti alle esigenze del panorama socio-sanitario odierno. E' indispensabile pertanto il suo contributo concreto e operativo per un reale cambiamento, mettendo a disposizione risorse proprie (Professionalità sanitarie, Settings di formazione professionale al di fuori dell'Ospedale), evitando una sterile dialettica con l'Università sulle rispettive competenze formative, in assenza di azioni comuni che abbiano concrete ricadute sul cambiamento dell'educazione medica.

Sul piano culturale ed etico i Colleghi, soprattutto Internisti, devono essere convinti della necessità di un cambiamento della Formazione del Medico non solo per quanto attiene i contenuti, ma anche nella partecipazione attiva al processo formativo, superando schematismi e interessi di comodo.

Quale è il risultato atteso? La definizione di un Curriculum con i rispettivi obiettivi educativi non è la parola conclusiva, ma solo l'avvio di un processo dinamico che deve interessare l'intera Medicina Interna del Paese.

La Bibliografia e gli allegati citati nel testo saranno riportati nella versione integrale del documento.

Ringraziamo per la collaborazione Maria Angela Becchi (Modena), Roberto Bernabei (Roma), Giovanni Federspil (Padova), Marco Zaccaria (Padova), Renato Zandomeneghi (Modena), Giulia Del Moro e Riccardo Senter (Studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di Padova) ed Elisa Saviolo (Università di Padova), per la preziosa assistenza editoriale.



Tab. 1 - Un percorso formativo unificato di Medicina Interna.

Competenze	Obiettivi generali	Prevalente dominio dell'apprendimento e dei metodi didattici
Conoscenza medica	<ul style="list-style-type: none"> - Metodologia scientifica e clinica - Scienze biomediche e cliniche - Ragionamento investigativo e analitico nell'approccio al malato 	Sapere D.F.
Conoscenze e competenze basate sull'esperienza	<ul style="list-style-type: none"> - Capacità e competenze di approccio e di assistenza al malato - Capacità di individuare e risolvere i problemi del paziente - Capacità e competenze di prendere decisioni mediche e definire un piano terapeutico, preventivo e riabilitativo - Capacità e competenze di attuare procedure invasive essenziali - Capacità di prevenzione delle malattie e di promozione della salute 	Saper fare Saper essere D.T.P., TIR
Capacità di autoapprendimento	<ul style="list-style-type: none"> - Capacità di apprendere e di migliorare le pratiche di assistenza al paziente - Conoscenza e applicazione di una metodologia sistematica di apprendimento e di revisione della letteratura scientifica - Capacità di accesso e di utilizzo delle risorse di informazione per l'aggiornamento continuo 	Saper fare Saper essere T.P., TIR.
Capacità di comunicazione	<ul style="list-style-type: none"> - Capacità di comunicare con i pazienti e con il personale medico e sanitario - Capacità di comunicare con i parenti e le associazioni professionali - Capacità di ascolto e di fornire informazioni adeguate utilizzando abilità verbali e non verbali 	Saper essere D.T.P., TIR.
Etica e professionalità	<ul style="list-style-type: none"> - Dimostrare rispetto, empatia e integrità morale - Capacità di rispondere ai bisogni dei pazienti e della società che vada oltre il proprio interesse - Avere affidabilità nei confronti dei pazienti, della società, della professione, dei colleghi - Acquisire l'impegno a migliorare continuamente la propria conoscenza ed esperienza - Acquisire capacità di assumersi responsabilità in aderenza a principi etici e multiculturali della popolazione 	Sapere Saper fare Saper essere D.F., D.T.P., TIR.
Conoscenza del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale	<ul style="list-style-type: none"> - Conoscere l'organizzazione, i ruoli, le risorse delle strutture afferenti al SS regionale e nazionale - Saper indirizzare i pazienti ai servizi del territorio - Conoscere i rapporti costi/benefici - Conoscere le competenze delle altre professioni sanitarie - Saper svolgere attività professionalizzante sul campo in contesti o setting differenti: reparti ospedalieri, strutture ambulatoriali ospedaliere del territorio; servizi di medicina territoriale 	Sapere Saper fare Saper essere D.F., T.P., TIR.

(*) Da: Core Medicine Clerkship-Curriculum Guide. A Resource for Teachers and Learners. CDIM-SGIM, USA, version 3.0, 2006; con modifiche.

D.F. = Didattica Frontale D.T.P. = Didattica Teorico-Pratica TIR = Tirocinio professionalizzante

Tab. 2 - Competenze gestionali del medico.

1	2	3	4	5	6
DISCIPLINE PRE-CLINICHE		DISCIPLINE CLINICHE			TIROCINIO
Fisica medica applicata Biochimica Biologia molecolare e applicata Anatomia umana e istologia Fisiologia umana e genetica Patologia e fisiopatologia generale Microbiologia Statistica ed epidemiologia clinica Informatica e sistemi di elaborazione delle informazioni Inglese	Metodologia clinica e Semeiotica Medica (1° e 2° semestre) Fisiopatologia e Clinica delle Discipline Specialistiche Medico-Chirurgiche: CORSO A/B Farmacologia e tossicologia Medicina di laboratorio e diagnostica integrata Anatomia patologica 1 Clinica Medico-Chirurgica dell'apparato locomotore Discipline radiologiche e radioterapiche	Medicina Interna Sistemica per problemi (1° e 2° semestre) Fisiopatologia e Clinica delle Discipline Specialistiche Medico-Chirurgiche: CORSO C/D Semeiotica Chirurgica e Clinica Chirurgica Generale 1 Anatomia patologica 2 Clinica Psichiatrica e discipline del comportamento Clinica Medico-Chirurgica degli organi di senso Medicina e Sanità pubblica e degli ambienti di lavoro e Scienze medico legali	Clinica Medica Generale e Terapia (1° e 2° semestre) Geriatrics Medicina di Comunità e Cure primarie Emergenze Medico-Chirurgiche Medicina delle attività motorie e del benessere Clinica Chirurgica Generale 2 Discipline Neurologiche Discipline Ostetriche-Ginecologiche Discipline Pediatriche	Attività formativa professionalizzante In strutture ospedaliere di Medicina, Chirurgia Generale, Pronto Soccorso, Ostetricia, Pediatria e Specialità medico-chirurgiche; Presso Servizi e strutture del territorio e negli ambulatori di Medicina Generale FORMAZIONE CLINICA INTER-DISCIPLINARE: Presentazione e discussione di casi clinici	
CORSO INTEGRATO DI SCIENZE UMANE					
Logica generale Epistemologia generale	Filosofia della biologia e Storia della medicina	Logica clinica	Psicologia e Antropologia	Bioetica Economia sanitaria	Etica clinica
INTEGRAZIONE CON LE PROFESSIONI SANITARIE					
CORSI ELETTIVI					
CFU: 60	CFU: 60	CFU: 60	CFU: 60	CFU: 60	CFU: 60

Tab. 3 - Proposta di Piano degli Studi del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Corsi integrati delle discipline pre-cliniche e cliniche (in grassetto i Corsi afferenti al SSD MED/09).

ESAME	ANNO	SSD	ORE				COORDINATORE
			CFU	TOT	FRONT	T.P.	
3° Anno							
1° SEMESTRE							
PROVA IN ITINERE	Corso integrato di Metodologia clinica e Semeiotica Medica - 1	MED/09	6	60	30	30	Internista
SI	Fisiopatologia e Clinica delle Discipline Specialistiche Medico-Chirurgiche – Corso A		10	100	50	50	
SI	Medicina di laboratorio e diagnostica integrata		6				
SI	Farmacologia e tossicologia		6				
COLLOQUIO	Scienze Umane, etc... - 5		1	14	6	8	Internista
	Corsi Elettivi		1				
2° SEMESTRE							
SI	Corso integrato di Metodologia clinica e Semeiotica Medica - 2	MED/09	6	60	30	30	Internista
SI	Fisiopatologia e Clinica delle Discipline Specialistiche Medico-Chirurgiche - Corso B		10	100	50	50	
PROVA IN ITINERE	Anatomia Patologia 1		5				
SI	Discipline Radiologiche e Radioterapiche		5				
SI	Clinica Medico-Chirurgica dell'Apparato Locomotore		4				
COLLOQUIO	Scienze Umane, etc.... - 6		1	14	6	8	Internista
	Corsi elettivi		1				

Tab. 4 - Proposta di Piano degli Studi - 3° anno di Corso.

ESAME	ANNO	SSD	CFU	ORE			COORDINATORE
				TOT	FRONT	T.P.	
4° Anno							
1° SEMESTRE							
PROVA IN ITINERE	Medicina Interna Sistemica per problemi – 1	MED/09	6	60	30	30	Internista
SI	Fisiopatologia e Clinica delle Discipline Specialistiche Medico-Chirurgiche – Corso C		10	100	50	50	
SI	Anatomia patologica 2		6				
SI	Clinica Psichiatrica e discipline del comportamento		6				
COLLOQUIO	Scienze Umane, etc... - 7		1				Internista
	Corsi elettivi		1	14	6	8	
2° SEMESTRE							
SI	Medicina Interna Sistemica per problemi – 2	MED/09	6	60	30	30	Internista
SI	Fisiopatologia e Clinica delle Discipline Specialistiche Medico-Chirurgiche – Corso D		10	100	50	50	
PROVA IN ITINERE	Semeiotica Chirurgica e Clinica Chirurgica Generale - 1		6				
SI	Clinica Medico-Chirurgica degli organi di senso		4				
SI	Medicina e Sanità pubblica e degli Ambienti di lavoro e Scienze medico-legali		6				
COLLOQUIO	Scienze Umane, etc.... - 8		1	14	6	8	Internista
	Corsi elettivi		1				

Tab. 5 - Proposta di Piano degli Studi - 4° anno di Coso.

ESAME	ANNO	SSD	CFU	ORE			COORDINATORE
				TOT	FRONT	T.P.	
5° Anno							
1° SEMESTRE							
PROVA IN ITINERE	Clinica Medica Generale e Terapia	MED/09	4	40	20	20	Internista
SI	Clinica Chirurgica generale – 2		6				
SI	Discipline Neurologiche		6				
SI	Emergenze Medico-chirurgiche	MED/09	6	60	30	30	Internista
PROVA IN ITINERE	Medicina di Comunità e Cure primarie	MED/09	4	40	20	20	internista
PROVA IN ITINERE	Medicina delle Attività Motorie e del Benessere		2	20	10	10	internista
COLLOQUIO	Scienze Umane, etc... - 9		1				Internista
	Corsi elettivi		1	12	6	6	
2° SEMESTRE							
SI	Clinica Medica generale e Terapia	MED/09	4	40	20	20	Internista
SI	Geriatrics	MED/09	6	60	30	30	Internista
SI	Medicina di Comunità e Cure Primarie	MED/09	4	40	20	20	Internista
SI	Medicina delle Attività Motorie e del Benessere		2	20	10	10	Internista
SI	Discipline Ostetriche-ginecologiche		6				
SI	Discipline Pediatriche		6				
COLLOQUIO	Scienze Umane, etc... - 10		1	12	6	6	Internista
	Corsi elettivi		1				

Tab. 6 - Proposta di Piano degli Studi - 5° anno di Coso.

ANNO	SSD	CFU	SETTIMANE	COORDINATORE
6° Anno				
Attività Formativa professionalizzante:				<i>Richiesta una verifica di approvazione</i>
Cure primarie e servizi del territorio	MED/09	6	4	Verifica prova pratica
Reparto di Medicina Interna	MED/09	22	16	Verifica prova pratica
Reparto di Chirurgia generale		10	4	Verifica prova pratica
Reparto di Ostetricia		6	4	Verifica prova pratica
Reparto di Pediatria		6	4	Verifica prova pratica
Struttura di Pronto soccorso	MED/09	6	6	Verifica prova pratica
Specialità Medico-Chirurgiche		8	6	Verifica prova pratica
Formazione clinica interdisciplinare:				Internista
Incontri settimanali con presentazione di casi clinici	MED/09		Circa 25 incontri di due ore ciascuno, con intervento dei Clinici generali e specialisti	Verifica prova pratica sul malato
Etica clinica		6+		
CFU da distribuire negli ultimi 4 anni:				
Preparazione della tesi di laurea		18		
Attività affini e integrative		12		
A scelta dello studente		8		

Tab. 7 - Proposta di Piano degli Studi - 6° anno di Coso.

Corso Integrato di Scienze Umane
<p>Obiettivi formativi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fondamenti di logica generale (1° anno, 1° semestre) 2. Fondamenti di epistemologia generale (1° anno, 2° semestre) 3. Filosofia della biologia e della medicina (2° anno, 1° semestre) 4. Storia della medicina (2° anno, 2° semestre) 5. Logica clinica (3° anno, 1° e 2° semestre) 6. Principi di psicologia clinica (4° anno, 1° semestre) 7. Principi di antropologia (4° anno, 2° semestre) 8. Bioetica, economia sanitaria (5° anno, 1°-2° semestre) 9. Etica clinica (6° anno)
<p>Metodi didattici</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seminari tenuti da docenti anche esterni alla Facoltà (Lettere, Filosofia, Psicologia, Sociologia, Teologia, Storia delle religioni, ecc) 2. Didattica teorico pratica a piccoli gruppi su alcuni argomenti, quali: l'incontro con la persona, saper ascoltare un racconto, letto o parlato (paziente) e riferire, una giornata (o più) con gli operatori sanitarie e con gli infermieri, la vita del reparto di notte, il percorso del malato con il malato, il lavoro di discussione e di decisione di gruppo, come vive il malato la sua permanenza in ospedale e quando viene dimesso, la percezione della qualità della vita), l'accanimento terapeutico, le cure palliative 3. Frequenza a piccoli gruppi (3-4) in reparto medico o chirurgico, presso le strutture periferiche e presso l'ambulatorio del Medico di Medicina generale
<p>Setting di formazione</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reparto medico e chirurgico ospedaliero, reparto di Pronto Soccorso, reparto di Rianimazione 2. Distretti del territorio 3. Ambulatori ospedalieri 4. Ambulatori di Medicina generale

Tab. 8 - Ipotesi di Corso Integrato di Scienze Umane.

Corso integrato di Metodologia Clinica e Semeiotica Medica
<p>Obiettivi formativi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il ragionamento clinico e la capacità decisionale 2. Le fonti della conoscenza medica e scientifica e le evidenze o prove di efficacia (Evidence Based Medicine) 3. Modalità di presentazione di casi clinici 4. Anamnesi e medicina narrativa (Narrative Based Medicine) 5. L'esame fisico del paziente. Semeiotica Medica 6. Comunicazione e relazione con pazienti e colleghi; il rapporto medico-paziente 7. Interpretazione delle informazioni cliniche e piano diagnostico 8. L'errore in Medicina 9. L'approccio bio-psico-sociale al paziente. La Medicina Generale 10. Autoapprendimento 11. La medicina in ospedale e nel territorio. La continuità delle cure. 12. Procedure diagnostiche di base 13. La raccolta e l'archiviazione di dati: la cartella clinica 14. Il ruolo del medico, degli infermieri e di altro personale sanitario
<p>Metodi didattici</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lezioni frontali 2. Didattica teorico pratica a piccoli gruppi in reparto clinico di Medicina Interna 3. Frequenza a piccoli gruppi (3-4) presso i distretti e presso l'ambulatorio del Medico di Medicina generale
<p>Setting di formazione</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reparto medico ospedaliero 2. Distretti del territorio 3. Ambulatori ospedalieri 4. Ambulatori Medicina generale

Tab. 9 - Corso Integrato di Metodologia Clinica e Semeiotica Clinica.

Corso integrato di Medicina Interna Sistemica e per Problemi
<p>Obiettivi formativi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modalità di presentazione di casi clinici 2. Interpretazione dei dati clinici 3. Problemi di nutrizione clinica 4. Procedure diagnostiche di base: saper fare e interpretare 5. Il concetto di salute, di prevenzione delle malattie e di screening 6. Approccio al paziente con dolore addominale 7. Approccio al paziente con alterato stato mentale 8. Approccio al paziente con anemia 9. Approccio al paziente con dolore dorsale 10. Approccio al paziente con dolore toracico 11. Approccio al paziente con tosse 12. Approccio al paziente con dispnea 13. Approccio al paziente con disuria 14. Approccio al paziente con febbre 15. Approccio al paziente con disturbi elettrolitici e dell'equilibrio acido-base 16. Approccio al paziente con emorragia gastrointestinale 17. Approccio al paziente con dolore articolare 18. Approccio al paziente con eruzione cutanea 19. Approccio al paziente con disturbi delle vie respiratorie superiori
<p>Metodi didattici</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lezioni frontali 2. Didattica teorico pratica a piccoli gruppi in reparto clinico di Medicina Interna 3. Frequenza a piccoli gruppi (3-4) presso i distretti e presso l'ambulatorio del Medico di Medicina generale
<p>Setting di formazione</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reparto medico ospedaliero 2. Distretti del territorio 3. Ambulatori ospedalieri 4. Ambulatori di Medicina generale

Tab. 10 - Corso Integrato di Medicina Interna Sistemica e per Problemi.

Corso integrato di Clinica Medica Generale e Terapia Medica
<p>Obiettivi formativi</p> <p>Approccio al paziente che si presenta con malattie conosciute di cui una è la malattia dominante.</p> <p>Quadri clinici:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La complessità clinica e assistenziale in Medicina Interna 2. Infarto miocardico acuto 3. Insufficienza renale acuta e malattia renale cronica 4. Patologie neoplastiche comuni 5. Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) 6. Diabete mellito 7. Dislipidemie 8. Insufficienza cardiaca 9. Ipertensione arteriosa 10. Malattie epatiche 11. Stato depressivo 12. Infezioni in ambiente ospedaliero 13. Obesità 14. Polmonite 15. Malattie reumatologiche 16. Tromboembolia venosa 17. Abuso di sostanze (alcol, fumo, droghe)
<p>Metodi didattici</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lezioni frontali 2. Didattica teorico pratica a piccoli gruppi in reparto clinico di Medicina interna 3. Frequenza a piccoli gruppi (3-4) presso i distretti e presso l'ambulatorio del Medico di Medicina Generale
<p>Setting di formazione</p> <p>Reparto medico ospedaliero Distretti del territorio Ambulatori ospedalieri Ambulatori Medicina generale</p>

Tab. 11 - Corso Integrato di Clinica Medica Generale e Terapia Medica.

Corso Integrato di Geriatria
<p>Principi guida</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le competenze in medicina geriatrica sono focalizzate su argomenti relativi all'evoluzione delle patologie nell'anziano 2. Le conoscenze e le competenze da acquisire devono essere importanti per l'approccio al paziente geriatrico osservato all'inizio della formazione medica ("don't kill the granny") 3. Il numero totale degli obiettivi specifici deve essere limitato 4. Le conoscenze e le competenze devono rappresentare le basi che tutti gli studenti possono acquisire a livello nazionale <p>Obiettivi formativi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione multidimensionale geriatrica 2. Continuità delle cure 3. Riabilitazione 4. Cure palliative 5. Principi di farmacologia geriatrica 6. Approccio al paziente anziano fragile 7. patologie a prevalenza e incidenza maggiori in età geriatrica 8. Sindromi geriatriche
<p>Metodi didattici</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lezioni frontali 2. Didattica teorico-pratica a piccoli gruppi in unità ospedaliere per acuti preferibilmente di Geriatria (in alternativa day hospital geriatrico, ambulatorio geriatrico, unità ospedaliere di Medicina Interna, Lungodegenza riabilitativa) e in Servizi geriatrici nel territorio (RSA, Residenze per anziani, Assistenza domiciliare integrata, Hospice)
<p>Setting di formazione</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reparto medico ospedaliero di Geriatria o di Medicina Interna o di Lungodegenza 2. Distretti del territorio 3. Ambulatori ospedalieri 4. Ambulatori Medicina generale

Tab. 12 - Corso Integrato di Geriatria.

Corso integrato di Medicina di Comunità e Cure Primarie
<p>Obiettivi formativi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Approccio bio-psico-sociale al paziente e alla sua famiglia Il concetto di multidimensionalità della salute e le strategie di approccio alla salute (approccio bio-psico-sociale, approccio globale, approccio integrato) I principi delle Cure Primarie (equità, accessibilità, continuità delle cure, integrazione professionale, partecipazione di paziente e famiglia, efficacia, efficienza, sostenibilità dei costi) Gli indirizzi programmatori del WHO e le principali normative nazionali e regionali delle cure primarie 2. Promozione della salute e prevenzione delle malattie (Medicina preventiva di Comunità) Concetti di promozione della salute, delle capacità residue, di prevenzione delle malattie Metodi e strumenti di educazione sanitaria, educazione terapeutica 3. Diagnosi e cura nel setting delle Cure Primarie (Medicina di Comunità) Il concetto di paziente complesso (complessità sanitaria, complessità assistenziale e complessità socio-economico-familiare) Metodi e strumenti per la valutazione multidimensionale del paziente complesso, la stesura di piani assistenziali individuali, la attivazione della partecipazione di paziente e famiglia I principi della EBM, della Medicina Narrativa, Medico Legali e di Bioetica 4. Mantenimento, potenziamento, recupero delle capacità residue e reinserimento sociale Concetti di percorso di cura, continuità delle cure, presa in carico del paziente nella rete dei servizi, attività di équipe multiprofessionale, coordinamento, verifiche di efficacia ed efficienza Metodi e strumenti di assistenza organizzata (managed care): procedure, linee guida 5. Integrazione con i professionisti della rete dei servizi e coordinamento di cura e di assistenza Le Cure Primarie nel Distretto: strutture, servizi, attività Le Cure Primarie fra i LEA Organizzazione delle CP: servizi in rete, integrazione orizzontale (socio-sanitaria) e verticale (cure primarie-ospedale)
<p>Metodi didattici</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lezioni frontali 2. Didattica teorico pratica a piccoli gruppi in reparto clinico di Medicina Interna 3. Frequenza a piccoli gruppi (3-4) presso i Distretti e presso l'ambulatorio del Medico di Medicina generale
<p>Setting di formazione</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reparto medico ospedaliero 2. Ambulatori ospedalieri 3. Distretti 4. Ambulatori Medicina generale

Tab. 13 - Corso Integrato di Medicina di Comunità e Cure Primarie.

Corso integrato di Emergenze Medico-Chirurgiche
<p>Obiettivi formativi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Il fattore tempo e la valutazione primaria 2) Triage in Pronto Soccorso 3) Presentazioni cliniche più frequenti <ol style="list-style-type: none"> a. Arresto cardio-respiratorio b. Shock c. Aritmie con instabilità emodinamica d. Sindromi coronariche acute e. Embolia polmonare f. Crisi ipertensive g. Insufficienza respiratoria acuta h. Perdita di coscienza di breve durata ed autolimitante i. Disturbi neurologici e psichici acuti j. Coma k. Emergenze endocrino metaboliche l. Il paziente intossicato m. Insufficienza multi organo n. Aspetti medico legali 4) Procedure diagnostiche di base <ol style="list-style-type: none"> a. Elettrocardiogramma b. Emogasanalisi c. Radiografia del torace e diretta dell'addome d. Ecografia FAST 5) Procedure terapeutiche <ol style="list-style-type: none"> a. Assistenza respiratoria (ossigenoterapia e ventilazione non invasiva) b. Correzione degli squilibri idroelettrolitici ed acido-base
<p>Metodi Didattici</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lezioni frontali 2. Didattica teorico pratica a piccoli gruppi in reparto clinico di Pronto Soccorso; in Unità di Terapia semi-intensiva e Intensiva, in Unità di Anestesia e Rianimazione, in una Stroke Unit 3. Didattica teorico-pratica a piccoli gruppi
<p>Setting di formazione</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reparti di Medicina di Emergenza-Urgenza 2. Reparto di Pronto soccorso 3. Unità di 118

Tab. 14 - Corso Integrato di Emergenze Medico-Chirurgiche.

Corso Integrato di Medicina delle Attività Motorie e del Benessere
<p>Obiettivi formativi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'esercizio come mezzo di prevenzione primaria, secondaria e terziaria 2. Benefici e rischi associati all'esercizio ed esercizio come terapia 3. Anamnesi, valutazione clinica e stratificazione del rischio nella valutazione pre-partecipazione 4. Valutazione funzionale e interpretazione delle componenti dell'efficienza fisica 5. Valutazione funzionale pre-partecipazione nell'anziano e nelle patologie croniche 6. La certificazione dell'idoneità all'attività fisica e sportiva 7. Patologie da sport e patologie che controindicano lo sport 8. Attività fisica, sport e ambiente esterno 9. Il doping: legislazione e strumenti di controllo 10. Principi generali della prescrizione di esercizio 11. La prescrizione di esercizio nell'anziano e nelle patologie croniche 12. Mezzi e strumenti per il mantenimento ed il miglioramento del benessere 13. Ambiente termale e SPA (stabilimenti termali) quale supporto alla medicina del benessere 14. La comunicazione con le figure professionali non mediche coinvolte nelle attività del settore
<p>Metodi didattici</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lezioni frontali 2. Frequenza a piccoli gruppi (3-4) presso gli ambulatori e le palestre di Medicina dello Sport accreditate, gli ambulatori dei distretti e strutture alberghiere/SPA degli stabilimenti termali
<p>Setting di formazione</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulatori clinici di Medicina dello sport 2. Ambulatori territoriali di Medicina dello sport 3. Centri benessere termali

Tab. 15 - Corso Integrato di Medicina delle Attività Motorie e del Benessere.

La complessità clinica della Medicina interna e le relative problematiche

di Roberto Corrocher, *Coordinatore*

Sommario

1. Premessa, pag. 19
2. Aspetti demografici, pag. 19
3. I ricoveri in Medicina interna, pag. 20
4. Il sovraffollamento, pag. 20
5. I nuovi malati, pag. 21
6. Il problema terapeutico, pag. 6
7. Aspetti medico-legali ed aspetti etici generali, pag. 22
8. Aspetti economico-gestionali, pag. 22
9. Aspetti organizzativi dei reparti di Medicina Interna, pag. 22
10. Aspetti medici specifici dei reparti internistici, pag. 23
11. Aspetti medico-legali specifici, pag. 23
12. Assistenza Didattica Ricerca, pag. 23
13. Conclusione, pag. 24
14. Bibliografia, pag. 24

1. Premessa

La salute è un diritto primario dell'uomo, riconosciuto e garantito dalla nostra Costituzione. Nel bilancio dello Stato Italiano e in quello delle Regioni la quota di risorse riservata alla salute nei suoi vari aspetti di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, è una delle più cospicue e significative, aggirandosi attorno al 70%. Inoltre, il movimento economico, sia pubblico che privato, che ruota attorno alla salute compreso il suo potenziale di fatturato indotto (si pensi solo al nuovo problema delle badanti e al business del benessere) è estremamente più elevato e non sorprende quindi l'attenzione con la quale i media seguono le vicende legate alla salute e l'interesse di tutti i cittadini a questo tema.

L'espansione delle conoscenze biomediche e lo sviluppo di tecnologie sempre più sofisticate hanno portato certamente ad un progressivo miglioramento dei livelli di salute, ma hanno posto a tutte le comunità nazionali il problema dei **costi**, sempre più elevati. E' noto che l'andamento delle spese per la salute, nel mondo progredito, segue un andamento di tipo esponenziale simile a quello dei beni di lusso, e ben diverso da quello dei beni essenziali che invece è strettamente correlato al numero degli abitanti. A questo concorrono anche l'atteggiamento di chi eroga prestazioni al di fuori di uno specifico

piano diagnostico-terapeutico, inducendo bisogni di salute e liste d'attesa non sempre giustificati.

Una politica di riconoscimento economico sbilanciata a favore della prestazione singola rispetto ad un piano complessivo di salute concorre ad alimentare bisogni e costi superflui. Ne deriva il fatto che ciascun Paese è costretto ad elaborare una "Politica della Salute" che, soprattutto in periodi di **crisi di risorse** quale quello in atto e in prospettiva prossima, di **carenza anche di medici** e particolarmente di **infermieri**, cerchi di razionalizzare la distribuzione delle risorse, organizzando il sistema sanitario in modo da distinguere gli aspetti di salute veramente essenziali, da garantire a tutti i cittadini secondo il dettato costituzionale, dalle altre necessità, meno impellenti, ma che pure è opportuno possano svilupparsi.

Le leggi sui livelli essenziali di assistenza (LEA) (prima legge, 2001; ultima, 2008) mirano proprio ad individuare quelli che sono gli aspetti assolutamente essenziali di salute da garantire a tutti i cittadini.

La necessità di una politica per la salute implica, obbligatoriamente, un'attenta programmazione dell'evoluzione e della "quantità" dei bisogni nelle loro tendenze a breve, medio e lungo termine. Ne deriva la necessità che gli uffici di programmazione siano affiancati da personale dedito alla analisi delle tendenze demografiche, dei bisogni di benessere, delle prospettive di morbilità e mortalità e delle necessità di riabilitazione. Accanto e successivamente a questa analisi dei bisogni, sarà indispensabile organizzare un a rete integrata di operatori e di strutture, economicamente sostenibile, che alla fine garantisca il diritto primario alla salute dei cittadini, ma permetta altresì la possibilità di accedere ad altri servizi meno impellenti. Questa rete deve essere flessibile, in modo da potersi adattare ai cambiamenti eventualmente necessari. E' evidente che ogni nodo della rete e i suoi operatori devono avere ben chiaro il concetto che appartengono ad un **sistema integrato** e non possono considerarsi isole operative indipendenti.

Le variazioni della struttura demografica del paese, sia in termini di età che di etnia, la necessità di individuare i livelli di LEA e gli altri bisogni di salute, e al tempo stesso la necessità di promuovere l'innovazione in campo sanitario,

obbliga il Legislatore a continue verifiche e a produrre modelli organizzativi nuovi per poter provvedere ad una coerente dislocazione delle necessarie risorse. A questa necessità di verifica, che è ad un tempo politica e culturale, non possono sottrarsi i medici e le loro organizzazioni, compresa la Facoltà di Medicina, che per tanta parte contribuiscono al raggiungimento di un efficiente sistema sanitario.

Questo tema così complesso è già stato trattato dalla SIMI al Congresso di Genova (2008), a quello di Roma (2009) e in altri Congressi regionali e dal ColMed/09 durante il suo ultimo congresso (giugno 2009).

E' quindi da applaudire l'iniziativa congiunta della SIMI e del Collegio di costituire due commissioni miste che analizzino i bisogni "nuovi" dei cittadini in rapporto all'attuale offerta, sia assistenziale che formativa, per vedere se, almeno dal punto di vista della Medicina Interna e degli altri Settori rappresentati nel ColMed/09, esse siano ancora in grado di rispondere alle nuove richieste di salute o non necessitino, invece, di revisioni nella loro organizzazione assistenziale e formativa per rispondere più efficacemente alle nuove esigenze.

2. Aspetti demografici

Per quanto riguarda i dati relativi all'Italia, il numero di abitanti residenti è pari a circa 60.000.000 (ISTAT, 2009) e quelli di età > 65 anni rappresentano il 20,2 %, pari a 12.077.400. Si tenga presente che fino ad un paio di decenni fa si riteneva che la popolazione totale italiana fosse destinata a una lenta diminuzione, mentre oggi è dimostrato che, per effetto dell'immigrazione, essa tende ad incrementare seppur leggermente. L'indice di vecchiaia medio è pari a 141,5 variando da un massimo di 239,5 della Liguria al 90,1 della Campania. Solo quest'ultima Regione ha un indice sotto il 100, tutte le altre sono sopra tale soglia. Prospettivamente tale indice salirà al 159,4 nel 2015 e al 176 nel 2020 (Ministero della Salute, 2006) L'indice di dipendenza in Italia era nel 2006 di 51.1 ma salirà a 57.0 nel 2020. L'indice di dipendenza relativo esclusivamente alla popolazione anziana (>65 anni) pari a 11.6 nel 1951 salirà al 36.4 nel 2020! La speranza di vita media in Italia (Osservasalute, 2009) è di 84 anni per le femmine e 78,7 anni per i maschi, con

una significativa tendenza all'aumento. E' interessante anche notare che la speranza di vita di una persona di 65 anni è oggi di 21,5 anni per le femmine e di 17,8 anni per i maschi. La speranza di vita a 75 anni è di 10,9 anni per i maschi e 13,3 anni per le femmine (Osservasalute, 2008). Anche questi dati dimostrano un lieve ma progressivo incremento. Abbiamo in altre parole un leggerissimo aumento totale di residenti, ma un aumento cospicuo dell'indice di vecchiaia.

Crede nessuno dubiti che **le persone anziane si ammalino, anche acutamente, più delle persone giovani ed abbiano maggior bisogno di assistenza!**

Questi dati sono assai significativi, perché permettono già di capire a quale vasta problematica di ordine sanitario il Ministero della Salute e più in generale il Legislatore si verrà a trovare di fronte in breve tempo.

3. Ricoveri in Medicina Interna

(fonti: Regione Veneto, Ministero della Salute, 2006)

Alcuni dati del Ministero della Salute relativi ai **ricoveri per acuti** in Italia dimostrano inequivocabilmente quanto appena detto.

Se consideriamo l'intera Italia notiamo che sono stati dimessi 8.199.428 pazienti di cui 7.151.066 nell'età di pertinenza della Medicina Interna. Si noti anche che 3.337.466 di questi malati avevano più di 65 anni. I reparti di Medicina Interna italiani hanno dimesso 1.885.868 pazienti per un totale di schede di dimissione pari a 3.082.823.

A fronte delle tendenze demografiche, e dell'imponente massa di pazienti "internistici", il Legislatore procede ad un progressiva riduzione di posti letto. Solo un esempio che credo estensibile su scala nazionale: all'Ospedale Maggiore di Bologna i posti letto medi dei reparti di medicina interna sono scesi da oltre 100 agli attuali 40. Queste improprie disposizioni hanno portato al fenomeno tipico di tutti i reparti internistici del sovraffollamento che in questi ultimi anni è andato progressivamente aumentando (Carulli et al, SIMI, 2008).

4. Il sovraffollamento

L'occupazione media ideale di posti letto al fine di poter svolgere un'attività

responsabile e sicura è pari all'85% (OMS). E' tollerabile un'occupazione tra 85-90%. Quando si superi questi valori si determina **il sovraffollamento**.

In una condizione di sovraffollamento si vengono a creare situazioni che compromettono il normale e sicuro svolgimento della complessa attività assistenziale (per non parlare dell'aspetto formativo e di ricerca) che caratterizza il lavoro di un reparto internistico.

Prima di entrare nei dettagli delle specifiche difficoltà, per il momento è prioritario ricordare che il sovraffollamento dei reparti è di per sé **un fattore riconosciuto di morbilità, di infezioni e di mortalità dei pazienti ricoverati**. E' stata dimostrata una correlazione diretta tra il rischio di morte entro sette giorni e il sovraffollamento; inoltre, la sopravvivenza a 7 giorni dal ricovero è correlata alla percentuale di occupazione di posti letto (Sprivulis et al, 2006; Richardson, 2006).

Le cause del sovraffollamento sono numerose e possiamo suddividerle tra cause che precedono il ricovero, cause dovute a disfunzioni durante il ricovero e cause relative alla fase post-ricovero (Nardi et al, It J Med., 2009).

Tra le **cause pre-ricovero** si possono riconoscere:

1. Invecchiamento della popolazione e l'aumento dell'indice di dipendenza. Questi fattori trascinano con sé un aumento delle malattie croniche e dei malati complessi (vedi in seguito).
2. Insufficienti strutture per anziani non autosufficienti.
3. Insufficienti posti letto per pazienti acuti e complessi - reparti non adatti e carenza di letti semi-intensivi.
4. Mancata prevenzione dei ricoveri ripetuti e inadeguato sistema per la continuità delle cure.
5. Assenza di sistemi di "prima allerta" sul territorio.
6. Richieste inappropriate di ricovero e mancato coordinamento e differenziazione funzionale tra le strutture della rete ospedaliera.
7. Centralizzazione nei grandi Ospedali dei servizi di Pronto Soccorso (P.S.).
8. Uso del P.S. come alternativa al medico di medicina generale da parte dei cittadini.
9. Mancata regolamentazione dei ricoveri programmati.

Solo per ricordare l'uso improprio del P.S. riportiamo che gli accessi al P.S. nel Veneto sono stati in due soli mesi

pari a 249.833 e di questi accessi il 70% avviene senza consultazione del Medico di medicina generale (Tesi di Specializzazione - Verona, 2005). Questo appare in linea con quanto pubblicato da Colleghi di Modena (Becchi et al., 2005).

Tra le **cause durante il ricovero** possiamo ricordare:

1. Insufficiente filtro in P.S. e, come conseguenza, ricoveri inappropriati.
2. Insufficienza del sistema informativo di gestione centralizzata dei ricoveri e non equa distribuzione fra i reparti di medicina interna e specialistici.
3. Mancanza di strutture di prima osservazione.
4. Insufficienza dei servizi diagnostici e delle consulenze.
5. Inadeguato coordinamento tra ricoveri urgenti e ricoveri programmati.
6. Inadeguato coordinamento con gli Specialisti (indicano spesso percorsi diagnostico-terapeutici non concordati con gli Internisti).
7. Carenza di servizi di riabilitazione dei malati già durante il ricovero.
8. Difficoltà nelle dimissioni (eccesso di degenza) e dei rapporti con il territorio.
9. Mancanza di colloquio con i medici di base.
10. Scarsità di personale sia medico che soprattutto paramedico.

Tra le **cause di sovraffollamento post-ricovero** riportiamo:

1. Insufficienti sistemi di protezione dei malati fragili dimessi e insufficiente continuità delle cure ("*transitional care*") e per il ridotto dialogo tra medici ospedalieri e medici di base.
2. Insufficiente pianificazione dei controlli post-dimissione.
3. Difficoltà e/o lentezza di invio dei malati in reparti per post-acuti e di lungodegenza.
4. Difficoltà e/o lentezza di attivazione di regimi di assistenza domiciliare integrata/hospice/residenze assistenziali.
5. Liste d'attesa per esami diagnostici e visite specialistiche e loro abuso.

E' fin troppo evidente che un sistema così mal governato porta al sovraffollamento e ad un aumentato rischio di morbilità e di mortalità. Si tratta di **responsabilità di sistema**, come recentemente sentenziato dalla Corte di Cassazione Civile (SSUU.577/2008):

"La responsabilità è oggi attribuita, anche in autonomia, alla struttura sanitaria per inidoneità e/o insufficiente"

organizzazione, a prescindere da una condotta negligente del singolo professionista.”

Si deve implementare un sistema territoriale di “**cure primarie**” e programmi di “**long-term care for elderly**”.

5. I nuovi malati dei reparti di Medicina Interna

Quali sono le caratteristiche dei malati che accedono oggi nei reparti di Medicina Interna e in quelli di Geriatria al di là dei numeri imponenti di cui abbiamo parlato?

La tipologia dei malati è la seguente:

- Malati anziani, frequentemente, socialmente “soli”.
- Malati in fase acuta, con **polimorbilità** attiva (malati complessi).
- Malati non autosufficienti-fragili.

Per esemplificare esaminiamo dati reali rilevati presso l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona.

Il numero dei ricoveri nelle U.O. di Medicina Interna sono stati pari a 4.737 (2008). La loro provenienza è stata per il 76,5% dal P.S.; per il 3,1% dal reparto di Rianimazione e per il rimanente 20,4 % da altri Reparti o per ricovero programmato.

L’età media dei malati è stata pari a 68,7anni. L’occupazione media dei posti letto > del 100%. Si aggiunga che nello stesso anno i Reparti veronesi di Geriatria hanno dimesso un numero di malati molto simile, pari a 4.649.

La misurazione dell’**autosufficienza**, secondo Barthel, dei malati internistici a Verona ha dimostrato che solo il 43,5% era autosufficiente, mentre il 56,5% presentava vari gradi di insufficiente autonomia che nella maggior parte era inferiore ai 50 punti. Questo è in armonia con dati dell’ospedale di Modena.

Il tipo di malattie relativo al 65 % dei dimessi ha spaziato su un ampio ventaglio di diagnosi, ben 702, raggruppabili in DRG relativi alle malattie cardiovascolari (n= 1.102), a quelle respiratorie (n=655), all’oncologia (n=565), alle malattie del connettivo (n=379), alle malattie del fegato-pancreas (n=291) e dell’apparato digerente (n=233). Tale tipologia di malattie è in sostanziale accordo con i dati del Ministero della Sanità estesi all’analisi di tutti i reparti italiani.

Dobbiamo anche evidenziare che, collegato con l’età dei pazienti, si osserva un deciso incremento della malattia

di Alzheimer che caratterizza e condiziona, sia dal punto di vista strettamente medico che logistico, il ricovero di parecchi dei nostri malati. Questo deciso incremento è stato recentemente individuato a livello dell’intera Italia (Osservasalute, 2008). Da segnalare anche l’incremento di malattie legate al fenomeno dell’immigrazione.

Ma l’aspetto caratteristico, e dimenticato dalle analisi e dalle disposizioni delle autorità sanitarie, è rappresentato dal fatto che i malati internistici ricoverati hanno attive contemporaneamente diverse malattie. Per tornare ai numeri veronesi, i 4.737 ricoverati nell’2008 sono stati dimessi con:

- Un solo DRG: 4,1%
- Due DRG : 16,3%
- Tre DRG : 27,9%
- Quattro DRG : 22,5%
- Cinque DRG : 16,4%
- Sei DRG : 12,8%

Questi dati sono in sostanziale accordo con quanto documentato già da Colleghi dell’Università di Modena (Becchi et al., Ann Ital Med Int., 20, 233, 2005).

Questa è la complessità dei malati internisti (la gran parte dei “nuovi malati”).

La pandemia dell’anziano è un’emergenza della complessità!

Le singole componenti della polimorbilità si condizionano a vicenda determinando **un nuovo stato morboso** a cui non sono immediatamente applicabili linee guida diagnostico-terapeutiche studiate per soggetti del tutto differenti e basate sul presupposto di dimostrare uno specifico meccanismo patogenetico di una certa malattia (*explanatory trials*) più che con quello di offrire uno strumento per trattare un malato reale (*pragmatic trials*) (Schwartz and Lellouch, 2009; Zwarenstein and Treweek, 2009)! E’ proprio della Medicina Interna la capacità di gestire le varie problematiche del malato complesso gerarchizzandole e affrontandole di conseguenza, gestendo inoltre il piano terapeutico in una visione complessiva dei farmaci necessari nello specifico caso.

C’è la necessità, anzi l’urgenza, di **una nuova cultura medica**, di nuovi modelli di trials, di nuovi modelli organizzativi e di nuovi percorsi formativi per gli aspiranti medici.

Se si cercano a livello locale, regionale e anche presso il Ministero della Salute, non si trovano statistiche relative ai malati complessi.

Il sistema DRG è basato sulle possibili complicanze di una malattia, ma non sulla complessità del malato e pertanto penalizza proprio la Medicina Interna sulla quale grava il maggior impegno diagnostico-terapeutico dei nuovi malati complessi.

La complessità dei nuovi malati e il mancato coordinamento tra medicina di base, lungodegenza, RSA, medicina d’urgenza e medicina interna ospedaliera sono alla base anche del fenomeno dei **ricoveri ripetuti**. Un recente studio che ha coinvolto 4.926 ospedali negli USA e che ha analizzato i dati relativi al biennio 2003-2004, ha evidenziato che il 19,3 % dei malati dimessi rientra in ospedale entro i 30 giorni successivi, il 28,2 % rientra entro 60 giorni, il 34 % entro tre mesi, il 44,8 % entro sei mesi e infine il 56,1 % rientra entro l’anno dalla dimissione (Jencks et al, NEJM, 360, 1418, 2009). Questo è un fenomeno grave di dispersione di risorse per cui è urgente approntare nuove strategie organizzative. Negli USA si è provveduto ad incrementare negli Ospedali le competenze internistiche tanto che il numero degli “*internalists*” è cospicuamente aumentato in tutti gli ospedali ritenendo queste figure di professionisti i più adatti ad affrontare i malati complessi ed ottenendo di fatto la riduzione di costi a parità di risultati (Kuo Y.F et al, NEJM, 2009).

L’eccellenza in Medicina Interna sta proprio nella sua elevata capacità di gestione delle principali problematiche clinico-assistenziali espresse dalla popolazione di riferimento a costo sanitario organizzativo-gestionale minore e con risultati sovrapponibili a quelli forniti da strutture specialistiche.

6. Il problema terapeutico

La copresenza di più malattie attive nel singolo paziente pone all’Internista un importante e specifico problema legato al trattamento terapeutico. E’ stato recentemente documentato dal PEER (*Pharmaceutical Care of Elderly in Europe Research Group*) che pazienti complessi assumono in media **7 principi attivi** ciascuno. Simili dati si hanno per i ricoverati internistici a Verona dove i malati assumono in media **9,05 principi attivi** durante il ricovero.

È fin troppo evidente che le linee guida relative ad un singolo farmaco consigliate e sviluppate per pazienti di

età completamente diversa e talora con protocolli discutibili (Ioannidis YPA, PLoS Med., 2005; Garattini S, Beterle V, J Hepatology, 51, 792, 2009), sono difficilmente applicabili a malati complessi anziani o grandi anziani (Tinetti M.E. et al, 2004).

L'assorbimento, la farmaco-cinetica, la bio-disponibilità, il metabolismo e i meccanismi di eliminazione del farmaco sono completamente differenti nei nostri soggetti rispetto ai giovani sani nei quali tali caratteristiche del farmaco sono studiate. La co-morbidità è scrupolosamente esclusa nello studio di un singolo farmaco, per non parlare delle terapie concomitanti. Ma l'internista si trova di fronte anche a problemi di *compliance*, di *interferenza farmacologica*, di *intolleranza ed allergia* e di *reazioni avverse a farmaci*. E' urgente **ripensare ai trials clinici in funzione della complessità del malato** (Luce BR et al., Ann Int Med., 2009; Thrope K E et al., 2009).

Le reazioni avverse a farmaci rappresentano da sole un'importante causa di ricoveri ripetuti e la co-morbilità il **fattore di rischio** maggiore per la loro comparsa (Zhang M et al., BMJ, 2009). L'internista responsabile ha l'obbligo di considerare ciascun malato un caso particolare e porre adeguata attenzione prima di applicare linee guida elaborate per situazioni del tutto differenti.

Un ulteriore problema in tema di terapia riguarda la frequente esclusione della Medicina Interna dalla **sperimentazione clinica di nuovi farmaci** a vantaggio delle branche specialistiche anche se, come ampiamente dimostrato, il numero di pazienti trattati nelle varie patologie è spesso ben maggiore di altri settori specialistici e anche se vi sono nell'ambito della Medicina Interna esperti internazionalmente riconosciuti.

7. Aspetti medico-legali ed etici generali

Nell'attività assistenziale nei reparti di Medicina Interna si vivono quotidianamente alcuni problemi medico-legali ed etici che impegnano sotto molti profili l'internista soprattutto in considerazione della tipologia e dell'età dei pazienti. Alcuni di questi problemi sono ormai di pubblico dibattito e se ne parla a proposito e a sproposito in varie circostanze. Per l'internista è un problema quotidiano, e lo espongono frequentemente ad un contenzioso giudiziario difficile da sopportare.

Accenneremo qui solo ai problemi più generali, riservandoci di considerare successivamente altri aspetti strettamente legati alle corsie d'ospedale. I principali problemi che emergono sono:

- Trattamento e qualità di vita
- Malato incapace di decidere: il consenso
- Rifiuto ed accanimento terapeutico
- Ruolo dei parenti o dei supplenti nelle decisioni medico-terapeutiche
- Il testamento biologico
- Il rischio clinico
- La medicina difensiva

La portata di queste problematiche è tale che meritano di per sé uno studio "internistico" a parte ed esulano da una specifica trattazione in questa circostanza.

Per il momento è da ricordare l'urgenza di tradurre in adeguate norme di legge la raccomandazione europea per una "**Alternative Dispute Resolution (ADR, 2004)**", e di impegnarsi tutti all'elaborazione e diffusione di una **cultura della conciliazione**.

8. Aspetti economico-gestionali

Uno degli aspetti difficilmente quantificabili dell'attività internistica degli Ospedali è l'aspetto economico specialmente in rapporto con le altre unità operative specialistiche. Non vi sono statistiche pronte a livello degli uffici delle risorse delle varie ASL né a livello dei vari Assessorati alla Salute, e non è semplice quantificare economicamente le varie attività mediche (ricoveri ordinari, ricoveri in regime di Day Hospital, attività di consulenza, attività ambulatoriale, AMID, ecc.).

Con l'indispensabile e preziosa collaborazione della Direzione Sanitaria dell'Azienda Veronese, è stato possibile elaborare un peso economico normalizzato delle varie attività e quindi di valutare l'attività così pesata per ogni U.O. delle Medicine Interne e di tutte le altre U.O. specialistiche dell'Azienda. L'analisi ha riguardato tutti i tipi di attività svolta nel 2008 e relativa a 17.269 dimissioni. Si è potuto riportare tale *attività pesata sia al numero di medici per U.O.* (gli universitari sono stati calcolati al 50%), *sia al personale del comparto sanitario* afferente a ciascuna Unità. Si è potuto constatare che il valore di questi rapporti per la Medicina Interna ed anche per la Geriatria si

collocano nella parte alta rispetto a quelli di molte altre U.O. Ancora più significativo appare il carico di lavoro espresso come dimissioni-anno per medico e per addetto del comparto: in questo caso tali rapporti dimostrano un carico di lavoro nella Medicina Interna e nella Geriatria decisamente più elevato alle volte fino a due-tre volte il carico di alcune Unità Specialistiche! Se questi dati fossero estensibile a livello nazionale, considerando che i letti internistici sono in Italia 37.526 + 3.237 di DH= 40.763, e che quelli della Geriatria sono 5.092+ 414= 5.506, si intuisce l'entità del valore economico e la mole di attività assistenziale svolta dalla Medicina Interna e dalla Geriatria in Italia!

Tale mole di attività deve trovare una diversa valorizzazione da parte delle amministrazioni e una diversa dislocazione di risorse rappresentando l'attività internistica l'ossatura portante del Sistema Sanitario Nazionale.

9. Aspetti organizzativi specifici dei Reparti di Medicina Interna

Aspetti organizzativi specifici dei reparti di medicina interna, accentuati dalla riduzione dei posti letto di cui abbiamo già parlato, sono rappresentati da:

- 1) Ricoveri in spazi d'emergenza non abilitati alla degenza (es. corridoi ed altro) o in letti d'appoggio dislocati fuori dal reparto, con evidenti problemi di assistenza infermieristica
- 2) Carenza di letti intensivi e delle relative risorse
- 3) Tipologia di reparti non idonei ad ospitare malati non autosufficienti
- 4) Esposizione dei malati a infezioni nosocomiali
- 5) Insufficiente servizio di riabilitazione durante la degenza
- 6) Dimissioni difficili
- 7) Carichi di lavoro del personale medico e soprattutto paramedico molto superiori agli standard
- 8) carenza di personale infermieristico in rapporto alla polimorbilità e alla non-autosufficienza dei malati; necessità di ridistribuire il personale fra i vari reparti a seconda dei "nuovi" carichi di lavoro
- 9) Necessità di aumentare e accelerare i servizi diagnostici
- 10) Il trasporto dei malati fuori dal reparto
- 11) Il meccanismo retributivo del personale medico e paramedico dei reparti

internistici non tiene conto del carico assistenziale-diagnostico-terapeutico, ma privilegia le prestazioni dei servizi, spesso alimentate proprio dal lavoro diagnostico degli internisti.

12) Errori diagnostico-terapeutici legati al super lavoro

Ne può conseguire: **Malasanità di sistema.**

10. Aspetti medici specifici dei Reparti Internistici

Abbiamo già ricordato la tipologia dei malati ricoverati nei nostri reparti. La poli-morbilità e l'urgenza del ricovero danno conto della variabilità di questi malati e della imprevedibilità della diagnosi all'ingresso. Queste caratteristiche pongono alcuni particolari problemi:

- difficile standardizzazione delle procedure infermieristiche, di quelle diagnostiche e terapeutiche.
- Necessità di ricorso ad esami urgenti (anche di notte e nei giorni festivi)
- Necessità di procedure diagnostiche d'urgenza
- Impossibilità di applicare linee-guida e risultati di trials ai malati complessi-urgenti.
- Tempistica della somministrazione terapeutica.
- Infezioni nosocomiali
- Mancanza di riabilitazione precoce ed allungamento della degenza
- Esami e reperti diagnostici post-ricovero

11. Aspetti medico-legali specifici

Accanto ai grandi problemi medico-legali ed etici sopra accennati, vi sono aspetti legali specifici legati alle strutture e all'organizzazione dei nostri reparti. Tra questi ricordiamo:

- Obbligatorietà del ricovero dal P.S. anche in spazi non adatti e non attrezzati?
- E' lecito lasciare a casa malati gravi e noti per far posto agli urgenti del P.S.?
- Sicurezza logistico-tecnica dei reparti in relazione a malati complessi e spesso non-autosufficienti
- Infezioni nosocomiali.
- Il problema della privacy.

12. Assistenza - Didattica - Ricerca

Non crediamo di dovere spendere molte parole per ricordare come questi essenziali aspetti dell'attività dell'interni-

sta **assistenza-ricerca-didattica** siano fra loro intrecciati. Il progresso del sapere medico e il miglioramento delle cure sono strettamente correlati e sia il mondo ospedaliero che il mondo universitario sono istituzionalmente chiamati a contribuire al loro sviluppo.

Nei grandi Ospedali dove insiste la Facoltà di Medicina e Chirurgia i rapporti tra quelle tre funzioni sono regolate dai protocolli d'intesa tra Regione e Università. Sarà necessaria, in altra occasione, una meditazione sullo stato di attuazione di questi protocolli nelle varie sedi.

Per quanto riguarda la attività formativa dei settori del ColM/09, essa si esplica in vari momenti:

Lauree Magistrali
Lauree Sanitarie
Scuola di Specializzazione
Scuola di Dottorato
Master di vario livello.

Un impronta internistica l'hanno in particolare i medici di medicina generale (46.478) e i medici di Guardia Medica (circa 13.304), ma è alla base della formazione anche per i 201.540 medici delle strutture ospedaliere ed equiparate, e per gli specializzandi in particolare dopo l'introduzione del tronco comune.

Si deve ancora ricordare che la **Medicina Interna** è uno dei quattro settori essenziali ai fini dell'esame di abilitazione all'esercizio della professionalità: il SSN vuole e misura i neo-laureati sulla base della loro preparazione internistica!

Per poter svolgere adeguatamente il lavoro didattico legato alla Medicina Interna, oltre ad un congruo numero di docenti, è necessario un numero di posti letto sufficiente. I protocolli Internazionali sottoscritti dall'Italia (protocollo di Bologna, 1999; protocollo di Praga, 2009) prevedono che le Facoltà di Medicina debbano disporre di 3 posti letto per iscritto al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia a cui aggiungere 0.6 posti letto ogni iscritto alle Scuole di Specializzazione e 0.5 posti letto ogni iscritto alle Lauree Sanitarie. Tutto questo perché sia possibile una adeguata varietà di casistica e una concreta possibilità di esercitazioni (es. semeiotica). Si dovrà quindi porre attenzione affinché la razionalizzazione dei posti letto in corso non comprometta

la possibilità di iscrizione degli allievi; **la riduzione dei posti letto e il sovraffollamento dei reparti internistici compromettono seriamente la possibilità di condurre dignitosamente l'insegnamento della Medicina Interna che rimane pur sempre il pilastro formativo fondamentale del futuro medico.**

E la ricerca? La ricerca scientifica è il supporto necessario per poter elaborare nuove interpretazioni patogenetiche, nuovi procedimenti diagnostici, nuove terapie: la Medicina Interna non deve sottrarsi a questo dovere pena l'involuzione culturale!

È invalso, per qualche motivo non chiaro ma forse anche per mancanza di visibilità della stessa Medicina Interna, la convinzione che la ricerca (quella vera) sia settoriale e specialistica. Anche questo concetto va riconsiderato. Un recente indagine commissionata dalla CRUI sull'impatto della ricerca scientifica italiana relativamente ai singoli settori ISI nel contesto internazionale, ha dimostrato che la Medicina Interna si colloca di gran lunga al primo posto superando l'impatto globale del settore del 173% superando altri pur attivi settori quali: geology/mining engineering (63%), chimica engineering (50%), physics (31%), space science (20%). Dati questi che, se considerati nel fragilissimo contesto italiano, appaiono paradossali e quasi miracolosi (Breno et al, 2005).

Si aggiunga che lo scienziato moderno deve avere una mente non riduzionistica, ma essere aperto al tutto. Il riduzionismo (determinismo) in campo scientifico, benché sopportato storicamente da illustri Maestri (Newton, Cartesio ecc) e secondo cui la conoscenza della singola parte permette la comprensione del "tutto", deve fare inesorabilmente conto con le leggi della flessibilità e dell'adattabilità, dei processi di autorganizzazione, e dei meccanismi basati sulle dinamiche del caos che impongono alle singole parti di un insieme organizzato (cellule, organi, individui o società animali) di cambiare il loro stato, di perdere la loro specificità, per essere riutilizzate in uno stato nuovo e funzionale, dove tutte diventano irricognoscibili: (Mazzocchi F, Complexity in Biology, EMBO, 2009;

Tokuriki et al, Protein dynamism and evolvability, 2005).

13. Conclusioni

La Medicina Interna si trova in prima linea di fronte all'ondata di nuovi malati, complessi ed anziani, e ai problemi dell'immigrazione che gli studi demografici hanno da tempo evidenziato. La pandemia dell'anziano malato ha già invaso le nostre corsie creando problemi di ogni genere che le autorità politiche e le amministrazioni sanitarie non hanno ancora compreso nella sua gravità. Per sua vocazione e corredo culturale la Medicina Interna è, insieme alla Geriatria, l'unica specializzazione in grado di affrontare in modo razionale ed efficace il malato complesso.

La **flessibilità organizzativa** della Medicina Interna (unità operative semplici, centri specializzati, day-services mirati per particolari malattie ecc) ben si presta ad affrontare la variabilità e l'imprevedibilità della domanda di prestazioni sanitarie con costi e problemi organizzativi contenuti e potrebbe rappresentare il fulcro di una nuova organizzazione ospedaliera.

È indispensabile che i responsabili della SIMI e del Collegio Med 09 si facciano carico di denunciare la situazione ormai insostenibile che rischia di compromettere anche la didattica e la ricerca.

Non è solo la Medicina Interna ospedaliera che deve essere rivista e riorganizzata. Un ruolo altrettanto importante spetta ai medici di medicina generale che tanta parte hanno nella gestione della sanità. Nuove approcci culturali e organizzativi – transitional care, medicina di comunità, nuova organizzazione

del post-ricovero, assistenza dei malati fragili, continuità delle cure, meccanismi di filtro territoriale che riducano i ricoveri ripetuti devono essere escogitati e resi operativi. E' necessaria una più efficiente collaborazione con la medicina d'urgenza. Tutti questi nuovi concetti devono far parte del curriculum formativo dei nuovi aspiranti medici.

Si deve in altre parole pensare e proporre **un nuovo e articolato sistema integrato tra territorio e strutture ospedaliere** con maggior collaborazione tra le singole parti.

Tutto questo è necessario, ma per poterlo realizzare è indispensabile predisporre un **rinnovato percorso formativo** che faccia proprie queste "nuove" necessità assistenziali e culturali in modo che i nuovi medici sappiano impattare con competenza e convinzione, i nuovi bisogni del Sistema Sanitario Nazionale.

15. Bibliografia

1. Ministero della Salute: Dati statistici. <http://www.ministerosalute.it/>
2. Ricciardi et al., *Osservasalute*, 2009.
3. Ricciardi G et al., *Rapporto Osservasalute*, 2008.
4. Carulli et al, Congr. SIMI, 2008
5. Sprivilnis PC et al., The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted to a western Australian emergency department. *Med J Aust.*, 184, 208, 2006.
6. Richardson DB, Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust.*, 184, 213, 2006.
7. Nardi R et al., Sovraffollamento nei reparti di degenza e clinical risk management in Medicina Interna. *It J Med.*, 31, 3, 2009.

8. Becchi MA et al., Caratteristiche dei pazienti ricoverati in reparto per acuti di Medicina Interna. *Ann It Med Int.*, 20, 233, 2005.
9. Schwartz D and Lellouch J. Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutical trials. *Clin Epidemiol.*, 62, 499, 2009.
10. Zwarenstein M and Treweek S., What kind of randomized trials do we need? *J Clin Epidemiol.*, 62, 461, 2009.
11. Corte Cassazione Civile, SSUU, 577, 2008.
12. Jencks SF et al, Re-hospitalizations among patients in the medical fee-for-service program. *New Eng J Med.*, 360, 1418, 2009.
13. Kuo YF et al., Growth in the care of older patients by hospitalists in the United States. *New Eng J Med.*, 360, 1102, 2009.
14. Ioannidis JPA, Why most published research findings are false. *PLoS Medicine*, 2: e124, 2005.
15. Garattini S and Betterle V, Ethics in clinical research. *J Hepatology*, 51, 729, 2009.
16. Tinetti M.E. et al., Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *New Eng J Med.*, 351, 2870, 2004.
17. Luce BR, et al., Rethinking randomized clinical trials for comparative effectiveness research: the need for transformational change. *Ann Int Med.*, 151, 206, 2009
18. Thorpe K E et al., A pragmatic-explanatory continuum indicator summary (PRECIS): a tool to help trial designers. *J Clin Epidemiol.*, 62, 464, 2009.
19. Zhang M et al., Co-morbidity and repeated admission to hospital for adverse drug reactions in older adults. *BMJ*, 338: a2752, 2009.
20. Breno E et al., Un aggiornamento sull'impatto della ricerca scientifica e tecnologica italiana in ambito internazionale. Analisi preliminare, *CRUI*, 2005.
21. Mazzocchi F., Complexity in Biology. Exceeding the limits of reductionism and determinism using complexity theory. *EMBO Rep.*, 9, 10, 2009.
22. Tokuriki N and Dan S. Tawfik. Protein Dynamism and Evolvability, *Science*, 324, 2009.

MED 09, Bollettino del Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna e delle altre discipline del settore scientifico disciplinare MED/09 (Allergologia ed Immunologia Clinica, Geriatria, Medicina dello Sport, Medicina Termale) - COLMED/09

Direttore Editoriale
Franco Dammacco

Indirizzo del Presidente
Dipartimento di Medicina Interna e Oncologia, Policlinico
Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 Bari
Tel. 080/5478862 e-mail: francodam@dim.uniba.it

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli

Redazione
Clinica Medica - 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

Segreteria di Redazione
Daniela Pianosi, Simona Pescetelli

Stampa Errebi Grafiche Ripesi - Falconara