

# 1/09

# 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. 1 del Bollettino della Società Italiana di Medicina Interna - n. 1/2009  
Registrazione Tribunale di Ancona n. 12/98 del 12.3.1998

## s o m m a r i o

### 1 LETTERA DEL PRESIDENTE

*Franco Dammacco*

### 3 COLMED/09

Quinto Congresso Nazionale  
Assemblea Generale dei Soci

### 4 EDITORIALE

Università e Formazione Medica nel  
settore delle Cure Primarie

*Maria Angela Becchi, Nicola Carulli*

### 10 SEZIONE DIDATTICA

Valutazione delle abilità formative pro-  
fessionalizzanti

*Maria Giovanna Danieli, Lucia Pettinari,  
Armando Gabrielli*

### 13 VITA DEL COLLEGIO

Verbali delle riunioni della Giunta Esecutiva  
15/1/2009 - 5/3/2009 - 3/4/2009

Progetto Collaborativo COLMED/09 - SIMI  
Quote associative

## Lettera del Presidente

Cari Colleghi,

La 'Lettera del Presidente' che, come di consueto, apre il nostro Bollettino è ormai diventata una gradita occasione di incontro virtuale, durante il quale immagino di poter dialogare direttamente con tutti Voi, fornendovi una sintesi degli eventi salienti verificatisi durante il passato trimestre ed anticipandovi le linee d'azione e gli obiettivi sui quali la Giunta Esecutiva sta concentrando i propri sforzi. È quanto mi accingo a fare anche questa volta.

**Progetti Collaborativi COLMED/09-SIMI.** Lo scorso 5 marzo 2009 i Professori Giuseppe Licata e Francesco Violi, rispettivamente Presidente in carica e Vice-Presidente eletto della SIMI, erano stati graditi ospiti della nostra riunione di Giunta. Il Presidente Licata aveva in particolare illustrato la proposta, approvata dal Consiglio Direttivo della Società, di nominare due commissioni miste con l'incarico di approfondire le problematiche e proporre le possibili soluzioni relative ai seguenti aspetti di comune interesse: a) Curriculum formativo pre- e post-laurea in Medicina Interna e nelle altre discipline del settore scientifico-disciplinare (SSD) MED/09; b) Profilo assistenziale e rapporti Università/Ospedale riferiti alle Unità Operative che operano nello stesso SSD.

La Giunta Esecutiva del Collegio ha a sua volta discusso ed approvato questa proposta di collaborazione e si è così giunti a formulare la composizione delle due Commissioni miste, riportata nel riquadro di pagina 14. Sono fiducioso che i Coordinatori delle due Commissioni sapranno imprimere ad ogni riunione un giusto ritmo di lavoro, in maniera da elaborare un documento unitario per ciascuna delle due tematiche in discussione. Vorrei comunque cogliere l'occasione per sottolineare due aspetti di questa doppia iniziativa che mi sembrano particolarmente qualificanti: da una parte, per la prima volta Collegio e Società mettono in atto un sinergismo d'azione per un più rapido ed efficace conseguimento degli obiettivi di comune interesse; dall'altra, sui problemi di natura assistenziale la componente universitaria si confronta con quella ospedaliera, rappresentata da due autorevoli membri del Consiglio Direttivo della Società.

**Quinto Congresso Nazionale del COLMED/09.** Il Congresso annuale del Collegio è diventato una consolidata realtà, essendo ormai giunto alla quinta edizione. Si terrà venerdì 5 giugno 2009 nell'aula della Clinica Medica I del Policlinico Umberto I di Roma dalle ore 10,00 alle ore 16,30 in maniera da consentire ai non residenti a Roma di partire dalla propria sede con i primi voli del mattino del 5 giugno e di rientrare a casa la sera dello stesso giorno. La data prescelta che, come nelle precedenti edizioni, è compresa tra fine maggio e metà giugno, si colloca volutamente a metà tra un Congresso annuale della SIMI e l'altro. Inoltre, l'aver codificato la ricorrenza annuale del Congresso del Collegio ci ha permesso di programmare due Assemblee l'anno, coincidenti rispettivamente con il Congresso del Collegio e con quello della SIMI, distanziati per l'appunto di circa 6 mesi l'uno dall'altro, con l'ovvio intento di agevolare la partecipazione del maggior numero possibile di iscritti. Da questa realtà è scaturita una delle modifiche dello Statuto del Collegio che, nella versione approvata a Genova il 26 ottobre 2008, prevede infatti all'articolo 13 due Assemblee l'anno con cadenza all'incirca semestrale.

Per quanto riguarda il programma del Congresso, lo troverete in stesura definitiva a pagina 3 di questo *Bollettino*. Come potrete constatare, le prime due sessioni saranno dedicate proprio ai progetti collaborativi tra COLMED/09 e SIMI sopra menzionati, cioè la formazione pre- e post-laurea in Medicina Interna e nelle altre discipline del SSD MED/09 e, in immediata successione, le problematiche assistenziali Ospedale/Università. La terza sessione riguarderà un tema che sta particolarmente a cuore a molti Internisti: è noto, infatti, che tra le Scuole dell'area medica sarà attivata da quest'anno accademico anche la Scuola di Specializzazione in Emergenza Urgenza la cui direzione, nonostante la contrarietà da parte dei Docenti di Anestesiologia e Rianimazione, sarà affidata agli Internisti. L'importanza di un'adeguata formazione specialistica di alcuni giovani neo-laureati nel delicato settore delle emergenze mediche non ha certo bisogno di essere sottolineata, ma proprio per questo sarà necessario assicurare un buon coordinamento nazionale delle 25 Scuole di Specializzazione in Emergenza Urgenza sparse sul territorio nazionale (ad ognuna delle quali sono stati assegnati 2 contratti di formazione-lavoro). In questo contesto, risulterà particolarmente utile la relazione in sede congressuale sulle più efficaci linee d'azione da parte di chi (come il Prof. Gian Franco Gensini) da più lungo tempo si occupa di queste problematiche.

Seguirà l'incontro (diventato anch'esso una gradita ed attesa consuetudine nei Congressi del nostro Collegio) con il Prof. Andrea Lenzi che, in veste di Presidente del Consiglio Universitario Nazionale (CUN) e a due anni dall'inizio del suo mandato, potrà informare gli Internisti su quanto il CUN ha finora prodotto e potrà commentare le linee politiche lungo le quali il Ministro Gelmini ed il suo staff stanno lavorando per quanto riguarda valutazioni comparative, 'governance' degli Atenei, modifiche e accorpamento dei SSD, norme chiare ed uniformi sulla direzione (che le Università preferiscono ora chiamare "presidenza") delle Scuole di Specializzazione, e così via.

Dopo una breve interruzione per un frugale 'catering', si svolgerà l'Assemblea del COLMED/09, chiamata a discutere, implementare ed eventualmente approvare il Codice Etico del Collegio, che lo scrivente ha fortemente voluto con l'appoggio unanime di tutti i Colleghi della

Giunta Esecutiva. Benché il testo del Codice Etico si sia largamente giovato dell'ampia e costruttiva discussione nell'ambito dell'intera Giunta Esecutiva, ed in particolare dei suggerimenti di Piero Amodio e Riccardo Pini (che sono stati infatti associati come coautori), la paternità e la stesura del documento si devono in larga misura a Roberto Corrocher e a me stesso, nonché a Maurizio Ponz de Leon che per primo aveva suggerito di affrontare l'argomento ed era intervenuto ad una riunione di Giunta per illustrare con alcune diapositive l'impalcatura generale alla quale il Codice Etico del Collegio avrebbe dovuto ispirarsi.

Con il massimo rispetto per la decisione finale che il prossimo 5 giugno l'Assemblea riterrà di assumere nella sua sovranità, vorrei in questa sede ribadire che l'adozione del Codice Etico, pur nella piena consapevolezza che esso non ha certo cogenza di legge, rappresenta uno dei punti qualificanti della politica universitaria perseguita dall'attuale Giunta Esecutiva e del suo intento di improntare l'azione degli Internisti e dei Colleghi che operano nelle altre discipline dello stesso settore a insopprimibili criteri di correttezza e trasparenza. Proprio per consentire una più incisiva partecipazione da parte dei Soci (che auspico vivamente vogliano intervenire numerosi al dibattito in Assemblea), sarà mia cura far loro pervenire con congruo anticipo il testo del documento.

**Sito Web del Collegio.** Già dall'inizio del mio primo mandato alla presidenza del Collegio avevo anticipato (nella 'Lettera del Presidente' pubblicata sul n. 1/2004 del *Bollettino*) che, seguendo la spinta ormai irreversibile alla informatizzazione di massa, anche il Collegio si sarebbe dotato non appena possibile di un sito web. Nonostante le scarsissime risorse disponibili, rivenienti esclusivamente dalle modeste quote associative, siamo riusciti, grazie all'interessamento determinante del Prof. Gian Ludovico Rapaccini, a creare il sito commissionandolo all'agenzia informatica "B-ON Next Communication srl" di Roma. Nel corso del Congresso del 5 giugno, prima di iniziare l'Assemblea, sarà fatta in aula una dimostrazione pratica della sua impostazione e della sua utilità. Ogni Socio sarà dotato di 'username' e di 'password', grazie ai quali potrà in ogni momento accedere al sito e ritrovare tutta una serie di informazioni, tra le quali: lo Statuto in vigore; la composizione nominativa degli organi statutari (Giunta

Esecutiva, Collegio dei Proviviri, Revisori dei Conti, Referenti di Sede); tutti i verbali delle riunioni di Giunta e di Assemblea; i programmi e le sintesi dei precedenti Congressi del Collegio; i programmi dei Congressi attinenti le discipline del settore che si terranno in Italia e all'estero, dei quali ci sia pervenuta notizia con congruo anticipo; l'elenco dei Soci (che abbiano fornito il consenso al loro inserimento nel sito) con rispettivi indirizzi di e-mail e numeri telefonici; tutte le notizie che interessino i Docenti del SSD MED/09; i bandi di valutazione comparativa; i contenuti di tutti i Bollettini (a partire dal n. 1 del 2004) finora pubblicati in cartaceo; e così via. Va da sé che, se la formula dovesse riscuotere successo, il Bollettino del Collegio potrebbe essere in un prossimo futuro pubblicato soltanto sul sito e non più in forma cartacea, con ovvio risparmio delle scarse risorse finanziarie disponibili. Anche in questo campo, come su ogni altro aspetto dell'attività della Giunta, critiche e suggerimenti da parte degli iscritti al Collegio saranno benvenuti.

**Nuovo disegno di legge sulla riforma dei concorsi e della 'governance' degli Atenei.** Questo tema continua a rappresentare un "nervo scoperto" della vita universitaria ed interessa ormai ogni aspetto della realtà operativa di tutti coloro che svolgono la loro attività nel mondo universitario: docenti, studenti, personale tecnico-amministrativo, organi di governo, corsi di laurea, numerosità e tipologia delle sedi, scarsità delle risorse.

Il 24 marzo del corrente anno il Ministro Gelmini ha avuto modo di illustrare, davanti ai componenti della Conferenza dei Rettori ed a qualificate rappresentanze politiche di maggioranza ed opposizione, le linee generali del suo disegno di legge che, ove auspicabilmente approvato, dovrebbe riformare sostanzialmente il sistema, incidendo in profondità sul riordino dei vari aspetti della formazione universitaria, a partire da quello sempre contestato, pur nelle variazioni delle modalità concorsuali succedutesi negli anni, vale a dire la selezione dei docenti. Ci sarà certamente modo di discutere nel prossimo futuro, in diverse sedi e con varie modalità, sugli aspetti qualificanti di tale disegno di legge, i cui principi ispiratori sono l'*autonomia* e la *responsabilità*. In questa 'Lettera del Presidente' mi limiterò a commentare due aspetti di particolare interesse.

Anzitutto, per i concorsi universitari la proposta Gelmini prevede che l'aspirante al ruolo di ricercatore o docente (ordinario o associato) debba sottoporsi ad un esame di *abilitazione scientifica nazionale*, senza limiti numerici nel conseguimento delle idoneità, che le Commissioni giudicatrici assegnerebbero sulla base del possesso da parte del candidato di specifici indicatori di qualità scientifica e di ricerca preliminarmente indicati. L'abilitazione viene conseguita sulla base di un esame dei titoli scientifici del candidato. Le procedure, aperte ogni anno, sono affidate ad un *comitato di settore*, uno per ciascun SSD, composto da un certo numero (ancora non definito) di professori ordinari estratti a sorte da liste di eletti in numero triplo.

Quando abbia necessità di arruolare un ricercatore o docente provvisto di abilitazione nazionale, ciascun Ateneo può attingere al listone nazionale degli idonei scegliendo candidati interni allo stesso Ateneo, ma con un insormontabile limite relativo alle risorse, predefinite in sede di programmazione triennale, sulla base di parametri nazionali. Una quota di tali risorse sarebbe infatti riservata a candidati idonei provenienti da altre sedi.

L'altro aspetto sicuramente in controtendenza con l'assetto attuale consiste in una radicale riforma del Consiglio di Amministrazione delle Università, che dovrebbe comprendere in larga prevalenza consiglieri esterni al mondo universitario, dotati di comprovata esperienza gestionale ed in parte selezionati dallo stesso Rettore, anziché (come accade attualmente) rappresentanti dei docenti, degli studenti e del personale tecnico-amministrativo che, in quanto appartenenti a quella Università, possono in qualche modo condizionare l'azione del Rettore.

Pur riservandosi una più approfondita e puntuale disamina del disegno di legge Gelmini, il nostro Collegio dichiara sin d'ora la massima disponibilità ad accogliere con spirito costruttivo le annunciate riforme ed a proporre, ove ritenuti necessari e pertinenti, possibili variazioni ed emendamenti.

Franco Dammacco

COLLEGIO DEI DOCENTI UNIVERSITARI DI MEDICINA INTERNA

**Quinto Congresso Nazionale**

**Assemblea Generale dei Docenti afferenti al SSD Med/09**

Roma, Venerdì 5 Giugno 2009, ore 10.00–16.30

Policlinico Umberto I, Aula Clinica Medica I

**La Medicina Interna tra Formazione, Assistenza ed Emergenza-Urgenza**

**Il Codice Etico in Medicina Interna**

1° SESSIONE

**LA FORMAZIONE DEL MEDICO: RUOLO DELLA MEDICINA INTERNA. PROGETTO COLLABORATIVO COLMED/09-SIMI**

*Moderatori:* L. Borghi (Parma), S. Filetti (Roma)

10.00 - La formazione in Medicina Interna nel Corso di laurea in Medicina e Chirurgia

*Relatori:* G. Realdi (Padova), N. Carulli (Modena)

2° SESSIONE

**L'ASSISTENZA IN MEDICINA INTERNA. PROGETTO COLLABORATIVO COLMED/09-SIMI**

*Moderatori:* N. Marchionni (Firenze), R. Torella (Napoli)

11.00 - L'assistenza in Medicina Interna tra Università e Ospedale

*Relatori:* R. Corrocher (Verona), F. Patrone (Genova), R. Fellin (Ferrara)

3° SESSIONE

**LA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN EMERGENZA URGENZA**

*Moderatori:* T. Barreca (Genova), D. Cucinotta (Messina)

12.00 - Contenuti formativi e modello organizzativo

*Relatore:* G.F. Gensini (Firenze)

4° SESSIONE

**DAL CONSIGLIO UNIVERSITARIO NAZIONALE (CUN)**

*Moderatori:* F. Dammacco (Bari), G. Licata (Palermo)

12.40 - L'attività del CUN a due anni dal suo insediamento

- a) Disegno di Legge del Ministro Gelmini e valutazioni comparative
- b) Tronco comune, vecchie e nuove Scuole di Specializzazione e loro direzione
- c) Rimodulazione dei settori scientifico-disciplinari
- d) La *governance* degli Atenei

*Relatore:* A. Lenzi (Roma)

Presidente del CUN

14.15 - *Dimostrazione del sito web del Collegio*

14.35 - **PROPOSTA DI UN CODICE ETICO PER I DOCENTI AFFERENTI AL COLMED/09**

*Moderatori:* G. Federspil (Padova), M. Ponz de Leon (Modena)

Introduzione

*Relatore:* F. Dammacco (Bari)

Aspetti qualificanti della proposta

*Relatore:* R. Corrocher (Verona)

15.20 - Discussione, votazione del documento ed eventuale nomina dei membri della Commissione Etica

16.30 Fine dei lavori

INFORMAZIONI GENERALI

*Sede del Congresso*

Policlinico Umberto I - Aula della Clinica Medica I - Viale del Policlinico, n. 155 - 00161 Roma

*Presidenza del Collegio*

Dipartimento di Medicina Interna e Oncologia Policlinico - Piazza G. Cesare, n. 11 - 70124 Bari  
Tel. 080.54.78.862/3  
e-mail: francodam@dimo.uniba.it

SEGRETARIA DEL COLLEGIO

Istituto di Medicina Interna e Geriatria Università Cattolica del Sacro Cuore Policlinico Universitario 'Agostino Gemelli' - Largo A. Gemelli, n. 8 00168 Roma - Tel. 06.301.54.335  
e-mail: rapaccini@rm.unicatt.it

# Università e Formazione medica nel settore delle Cure Primarie

Maria Angela Becchi e Nicola Carulli

# 4

## Premesse

La Formazione medica è oggi al centro di un ampio dibattito circa la sua appropriatezza a fornire competenze adeguate ai bisogni di salute che i rapidi cambiamenti demografici, tecnologici e socio-economici stanno evidenziando. L'importanza del problema emerge sia dalla letteratura inerente il tema specifico della Formazione, sia dagli articoli aventi per oggetto le Cure Primarie e le condizioni necessarie per il loro sviluppo.

Come premessa alla analisi della letteratura sulla Formazione medica ricordiamo che in tutti i Paesi la *Mission* comune dei CdL in Medicina e Chirurgia, è fornire conoscenze, abilità, attitudini e valori di base per svolgere l'attività di medico-chirurgo nei vari ruoli ed ambiti del SSN, indipendentemente dalla futura scelta del medico di divenire medico di medicina generale o medico specialista<sup>1</sup>. Ne deriva che il denominatore comune di tutti i CdL deve essere la formazione di un medico con competenze generali di medicina che abbraccino gli ambiti culturali di discipline quali medicina interna, pediatria generale, medicina di famiglia, ginecologia-ostetricia, psichiatria, psicologia, necessariamente integrati con competenze in discipline di base quali epidemiologia, statistica e informatica, comunicazione e con elementi di legislazione e management sanitario<sup>1-3</sup>. Non devono mancare inoltre elementi di base della cultura umanistica e sociologica, finalizzati a sviluppare attitudini e valori che, unitamente a conoscenze scientifiche e abilità tecniche, fanno della pratica medica un insieme indissolubile di "scienza ed arte"<sup>2,3</sup>. E' necessario inoltre prevedere un adeguato *setting* formativo che consenta agli studenti di osservare direttamente le problematiche dei pazienti non solo ospedalizzati, nonché di comprendere le dinamiche gestionali e organizzative che le sostengono<sup>1,2</sup>.

Nelle realtà accademiche dei vari paesi si osserva invece l'orientamento opposto e nella pratica il percorso formativo pre-laurea è improntato a prevalenti competenze di medicina specialistica, ben diverse da quelle richieste nel *setting* territoriale. Questa tendenza è stata riconosciuta stretta-

mente legata al predominante sviluppo della medicina ospedaliera che ha portato alla realizzazione degli "ospedali di insegnamento", oggi "ospedali per acuti", come esclusivi *setting* per la formazione clinica degli studenti in medicina e chirurgia<sup>4,6</sup>. Conseguenza diretta della formazione specialistica nel *setting* ospedaliero è il forte condizionamento nelle scelte professionali dei medici, sia in riferimento ai ruoli professionali, sia agli ambiti di esercizio della medicina. Vengono documentate infatti da un lato la riduzione delle scelte nel settore della medicina di famiglia<sup>7-10</sup> e dall'altro un basso indice di attrazione per la medicina specialistica nei servizi territoriali, ritenuta attività di livello inferiore e meno remunerativa rispetto a quella ospedaliera<sup>8,11</sup>.

## Le Cure Primarie nel SSN

A premessa della analisi del ruolo della Formazione nello sviluppo delle Cure Primarie, è opportuno ricordarne il significato e le principali caratteristiche.

Cure Primarie è il termine utilizzato nel nostro paese per indicare la *Primary Health Care* ampiamente descritta dalla WHO<sup>12,13</sup> ed intesa come il primo livello di contatto del cittadino con il sistema sanitario, basata su servizi sanitari e sociali di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza alla persona, supportata al bisogno dai servizi ospedalieri di secondo e terzo livello. Le Cure Primarie sono erogate da numerosi professionisti (medici di medicina generale, medici specialisti di tutte le branche cliniche che configurano la specialistica ambulatoriale, infermieri, operatori socio-assistenziali, terapisti, educatori...) che devono concorrere, con le proprie competenze, a garantire ai pazienti soprattutto complessi, continuità delle cure nel rispetto dei principi indicati dalla WHO (equità, centralità del paziente e della famiglia, loro partecipazione nelle cure, efficacia, efficienza e sostenibilità dei costi). Questa è la *mission* delle Cure Primarie ed il suo raggiungimento è reso possibile solo attraverso la creazione di *team* multiprofessionali territoriali, coordinati e integrati al bisogno

con i *team* dell'ospedale<sup>11</sup>.

La medicina generale è una parte importante ma non unica delle Cure Primarie ed è necessario specificare che i due termini non si identificano<sup>11,14</sup>. Le Cure Primarie sono un livello assistenziale, una funzione, una strategia di lavoro di numerosi professionisti che erogano sia processi semplici di promozione della salute, prevenzione, cura e assistenza, sia interventi complessi e integrati di presa in carico nel tempo dei sempre più numerosi pazienti anziani, con polipatologia, disabilità e problemi socio-economico-familiari. La medicina generale è una professione, con peculiarità e compiti ben definiti<sup>15</sup> che da sola non può fare fronte ai bisogni di cura e assistenza dei pazienti anziani, disabili e con polipatologia. Il medico di medicina generale deve pertanto fare parte di *team* multiprofessionali che caratterizzano le Cure Primarie per partecipare con i propri compiti professionali ai percorsi di cura e assistenza secondo obiettivi condivisi dai vari membri della *equipe*. Per realizzare questi percorsi sono necessarie abilità relazionali, dinamiche gestionali (*managed-care*) ed in particolare un buon coordinamento del *team*<sup>14</sup>.

L'orientamento allo sviluppo delle Cure Primarie è stato recepito anche in Italia e numerose sono le normative e gli indirizzi programmatici che ne individuano le linee di sviluppo (DLg 229/99, DPCM 29.11.2001, DPCM 14.2.2001, PSN, 2006-2008, linee di programma di governo 2009).

Tuttavia, sia in ambito internazionale che nel nostro paese, gli indirizzi del WHO e gli orientamenti istituzionali sono stati applicati solo in parte ed i servizi territoriali si sono sviluppati in modo assai diversificato, anche in relazione al modello di finanziamenti adottato dai vari paesi. In Europa, per esempio, accanto a nazioni che hanno raggiunto a fianco della medicina generale un buon livello di sviluppo dei servizi territoriali sanitari e sociali (Danimarca, Svezia, Norvegia), si osservano paesi in cui le Cure Primarie rimangono fondamentalmente rappresentate dalla medicina generale (Austria, Belgio, Francia, Germania, Inghilterra, Spagna, Italia). La medicina generale appare in Europa per lo più come pratica individuale, con l'eccezione dei paesi scandi-

## 5

navi e dei paesi dell'est dove è documentata una buona collaborazione dei medici di medicina generale con i medici specialisti, gli infermieri e gli operatori sociali<sup>16,17</sup>.

Molteplici sono i fattori chiamati in causa per spiegare il diverso grado di sviluppo delle Cure Primarie<sup>16,18</sup>. Viene riconosciuto il peso dei fattori politici, economici e normativi favorevoli soprattutto lo sviluppo degli ospedali, la carenza di coordinamento, indispensabile nelle Cure Primarie, ed infine l'influenza della Formazione, ancora prevalentemente orientata verso la medicina specialistica.

La Formazione appare pertanto da un lato come fattore determinante le scelte professionali dei medici, dall'altro come strategia indispensabile per consentire lo sviluppo delle Cure Primarie.

### La Formazione alle Cure Primarie

LA SPERIMENTAZIONE NELL'ATENEO DI MODENA E REGGIO EMILIA

Allo stato attuale in Italia esistono precisi orientamenti per la Formazione accademica nell'area delle Cure Primarie, sia nel percorso pre-laurea in medicina (Decreto MIUR 16.3.2007: LM in Medicina e Chirurgia<sup>\*</sup>, Proposta Conferenza Presidenti CdL in Medicina, 2006<sup>\*\*\*</sup>) che in quello post-laurea (Decreto MIUR 1.8.2005: Riassetto delle Scuole di Specializzazione<sup>\*\*\*\*</sup>).

La maggior parte degli Atenei non ha tuttavia recepito questi orientamenti e le lacune culturali nell'area delle cure primarie dei medici che escono dalle nostre Università sono ancora notevoli. Negli ultimi tempi, alcuni Atenei hanno attivato nei CdL in Medicina e Chirurgia

insegnamenti sperimentali di Medicina Generale, avvalendosi di medici di famiglia con contratto di docenza, senza tuttavia esaurire i contenuti formativi dell'area delle Cure Primarie, che come precedentemente indicato, è multiprofessionale.

La Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Ateneo di Modena e Reggio Emilia ha intrapreso da vari anni un percorso formativo pre-laurea, con proseguimento nel post-laurea, finalizzato ad implementare l'immagine delle Cure Primarie e dei loro professionisti.

Nel pre-laurea il percorso formativo è iniziato nell'anno 1992-93 con la sperimentazione per gli studenti del 6° anno di un Corso di didattica integrativa<sup>\*\*\*\*</sup> nell'ambito della disciplina accademica Medicina di Comunità. A questa esperienza ha fatto seguito nell'anno

Finalità	Fornire competenze di base nell'area della medicina generale e delle cure primarie, favorendo la acquisizione delle loro peculiarità, complessità e della loro integrazione con il livello specialistico
Obiettivi didattici	Lo studente deve acquisire competenze per una buona pratica medica nell'area della Medicina Generale e delle Cure Primarie, con riferimento a capacità relazionali e di counselling, capacità organizzative, capacità tecnico-professionali e deontologiche
Contenuti didattici	Tecniche della comunicazione e della informazione, del counselling, della educazione sanitaria Metodologia clinica basata sul <i>problem solving</i> e centrata sulla persona, approccio bio-psico-sociale al paziente e alla sua famiglia, approccio individuale e di equipe ai problemi di salute acuti e cronici. Metodologia per la gestione delle risorse, dei processi di cura e assistenza alla persona
Docenti	Docenti universitari, Medici di Medicina Generale, Dirigenti di AUSL-MO, AUSL-RE
Setting formativi	Aule universitarie e di AUSL, strutture della rete delle Cure Primarie (studi medici, ambulatori, residenze, domicili dei pazienti)
Modalità didattiche	Didattica frontale (DF: seminari, lezioni), didattica interattiva (DI: audit clinici, <i>role-playing</i> ), didattica tutoriale (DT: attività ambulatoriali, residenziali, domiciliari)
CF e ore	20 CF per studente per un totale di 250 ore (1 CF DF=8 ore; 1 CF DI=10 ore; 1 CF DT=20 ore)
Aspetti organizzativi	Coordinamento didattico (Preside, Presidente CdL, Responsabili CP Aziende, Coordinatori MMG). Compito: approvazione programmi formativi Comitato Tecnico Scientifico: 3 Docenti universitari, 2 Dirigenti Aziendali CP, 3 MMG per AUSL. Compiti: programmazione, attuazione e verifica dei programmi formativi
Aspetti amministrativi	Convenzioni fra Università e AUSL

Tab. 1 - Caratteristiche del Corso "Medicina Generale e Cure Primarie" attivato dall'anno 2007-08 per tutti gli studenti iscritti al CdL in Medicina e Chirurgia dell'Ateneo di Modena e Reggio Emilia (Becchi MA, Aggazzotti G. *Med Chir* 2008,42:1785-9).

\* Il Decreto individua l'Ambito Disciplinare "Medicina di Comunità" con i SSD MED/09 (Medicina Interna), MED/17 (Malattie Infettive), MED/34 (Medicina Fisica e Riabilitativa), MED/38 (Pediatria), MED/42 (Igiene Generale e Applicata). L'ambito si prospetta come "contenitore" di competenze universitarie di Cure Primarie da identificare nei SSD indicati a cui aggiungerne altri, sulla base dei contenuti specifici in essi identificabili.

\*\* La proposta prevede un "core curriculum" sotto forma di UDE, fra cui numerose (pur da ridefinire) riferibili alle Cure Primarie.

\*\*\* Il Decreto colloca la Specializzazione in Medicina di Comunità nell'Area medica, Classe della medicina clinica generale. La Specializzazione fornisce competenze specifiche cliniche e gestionali nel settore delle Cure Primarie.

\*\*\*\* Il Corso, sancito da una convenzione fra la Università di Modena e l'Ordine dei Medici prevedeva per gli studenti del 6° anno una didattica teorico-pratica in ambito universitario e negli studi dei medici di medicina generale sui temi della assistenza primaria.

2002-03 la introduzione al 6° anno dell'Insegnamento della Medicina Generale\* e nell'anno 2005-06 il Consiglio di Facoltà ha approvato il Corso sperimentale *Cure Primarie e Medicina Generale*". Il Corso, sintetizzato nei suoi aspetti principali nella Tabella 1, ha una duplice finalità: da un lato intende avvicinare i futuri medici ai contenuti e metodi delle Cure Primarie e da un altro lato mira a creare relazioni fra medici del territorio e docenti universitari clinici, oggi dedicati quasi esclusivamente alla assistenza in ospedale, quale premessa per una integrazione oggi mancante fra assistenza specialistica ospedaliera e assistenza territoriale.

Nel post-laurea, dall'anno 2001-02 è stata attivata la Specializzazione in Medicina di Comunità, allora afferente all'Area dei Servizi, che conferisce titolo specifico per la organizzazione e gestione dei servizi territoriali di Distretto. Con il passaggio nell'Area Medica, Classe della Medicina Clinica Generale (DM 1.8.2005) che entrerà in vigore dall'anno 2008-09,

la Specializzazione consentirà agli specialisti di ricoprire funzioni di governo clinico nell'area delle Cure Primarie. Le caratteristiche della Specializzazione secondo il nuovo ordinamento sono riportate nella Tabella 2.

**MED/09 E SVILUPPO ACCADEMICO DELLE CURE PRIMARIE**

La Formazione nell'area delle Cure Primarie deve diventare obiettivo comune a tutte le Facoltà di Medicina e Chirurgia del nostro paese. Nei CdL devono essere realizzati curricula specificatamente orientati a fornire competenze di base in questa area e successivamente, attraverso l'esistente percorso specialistico (Specializzazione in Medicina di Comunità o comunque si voglia rinominarla) devono essere sviluppate le abilità professionali di governo clinico oggi richieste nei servizi territoriali.

Il SSD MED/09, per la sua posizione accademica, può svolgere un ruolo determinante in questa Formazione.

Nel pre-laurea il settore MED/09

trova infatti collocazione nell'ambito "Medicina di Comunità" indicato dal DM 16.3.2007 come l'insieme dei SSD di area clinica e gestionale necessari per fornire le numerose competenze richieste nell'ampio settore delle Cure Primarie. In questo mix di competenze, il settore MED/09 potrà proporsi con ruolo innovativo presentando i propri contenuti di clinica medica generale, medicina di urgenza, geriatria...in una forma didattica integrata con altre discipline e soprattutto in un *setting* integrato fra ospedale e servizi territoriali. Ciò consentirà agli studenti di passare dalla tradizionale osservazione del malato nella fase di ricovero ospedaliero alla sua valutazione per tutta la durata della malattia, ponendosi altresì di fronte ai bisogni multidimensionali sanitari e sociali che scaturiscono dalla malattia e che richiedono interventi organizzativi anche complessi. In altre parole il settore MED/09 dovrà entrare nella didattica dei "percorsi di cura" e contribuire con altre discipline al raggiungimento di moderni obiettivi

Profilo professionale	Sono specifici ambiti di competenza la acquisizione di capacità di gestione dei servizi di assistenza primaria (Distretti, Servizi/Unità Dipartimenti di Cure Primarie, di Medicina di Comunità) e del coordinamento della rete delle cure primarie.
Setting formativi	<p>Reparti ospedalieri (acuti, lungodegenze, riabilitazione intensiva)                      PS ospedaliero medico-chirurgico, generale e pediatrico                      Studi di medici di medicina generale e pediatri convenzionati e domicilio dei pazienti                      Servizi territoriali materno-infantili (pediatria di comunità, neuropsichiatria infantile, consultori familiari)                      Servizi territoriali geriatrici (case protette, residenze sanitario-assistenziali, centri diurni)                      Servizi territoriali di salute mentale e dipendenze patologiche (ambulatori, residenze, semiresidenze)                      Servizi territoriali per disabili (residenze, centri diurni)</p> <p>Obiettivi formativi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• analizzare i bisogni multidimensionali di salute</li> <li>• scegliere i percorsi diagnostico-terapeutici appropriati</li> <li>• elaborare piani assistenziali personalizzati a diversa intensità assistenziale</li> <li>• organizzare interventi di assistenza primaria domiciliare, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale, integrata al bisogno con la assistenza ospedaliera</li> <li>• lavorare in equipe e coordinare unità operative multiprofessionali</li> <li>• dirigere servizi di assistenza primaria nell'ottica della presa in carico globale dei pazienti complessi</li> <li>• gestire i servizi nell'ottica dell'implementazione della qualità</li> <li>• organizzare e coordinare audit clinici, verifiche, analisi economiche</li> <li>• attivare la partecipazione di individui, famiglie e comunità nella tutela della salute</li> <li>• programmare ed effettuare interventi di educazione alla salute</li> <li>• conoscere le problematiche legate alle dipendenze, alle malattie mentali, alle disabilità ed i metodi per attivare la rete dei servizi</li> </ul>

Tab. 2 - Caratteristiche della Specializzazione in Medicina di Comunità (DM 1.8.2005).

\* Conferimento di Docenza a contratto retribuita con 5 CF tra i 60 CF dedicati ad attività di tirocinio.

\*\* Corso sperimentale per 20 studenti su 4 anni (3°,4°,5° e 6°) con 3CF/anno da svolgersi nei setting formativi universitari e delle Aziende di Modena e di Reggio Emilia. Dall'anno 2007-08 e a partire dal 3° anno, il Corso è divenuto curricolare per tutti gli studenti.

# 7

formativi (continuità delle cure, approccio al paziente nei vari momenti della malattia...), che possono essere realizzati solo se il *setting* formativo è continuo e integrato<sup>4</sup>.

Nel post-laurea MED/09 è compreso fra i settori specifici della tipologia Medicina di Comunità e come tale si configura appropriato a sviluppare la Specializzazione in Medicina di Comunità, oggi attivata solo in alcuni Atenei<sup>5</sup>.

È auspicabile che la Scuola di Medicina di Comunità venga attivata in tutte le Regioni, sia per fornire ai servizi sanitari regionali gli specialisti necessari per il tanto atteso sviluppo delle Cure Primarie, sia per consentire la sperimentazione in ambito regionale di una strategia formativa innovativa che la Specializzazione in Medicina di Comunità prospetta, finalizzata a formare una classe medica competente in Cure Primarie.

La Specializzazione infatti, con il suo percorso formativo articolato in un triennio clinico e in un biennio gestionale, si presta ad una sinergia con il percorso formativo degli attuali Corsi regionali di Formazione specifica in Medicina Generale (DLg 368/99 modificato dal DL 277/03).

Si può pensare alla sperimentazione di un Modello didattico in cui gli attuali Corsi, pur gestiti separatamente da Università e Regioni, presentino un "tronco comune" di attività formative cliniche, diagnostiche e di emergenza pronto-soccorso, aperto ai medici ammessi ai Corsi regionali di Formazione specifica in Medicina Generale e a quelli ammessi alle Scuole di Specializzazione in Medicina di Comunità, da espletare in una "unica rete formativa integrata Regione-Università"<sup>6</sup>. Questo "tronco comune" dovrà conferire ad entrambe le tipologie di medici in formazione crediti formativi utili per acquisire il titolo di medico di medicina generale. I crediti formativi acquisiti dovranno poi consentire, oltre che a tutti i medici iscritti alla Specializzazione in Medicina di Comunità anche ad un numero limi-

tato e concordato con le Regioni di medici uscenti dal triennio clinico regionale, di accedere al biennio formativo gestionale (a gestione Universitaria in una rete formativa integrata), per acquisire il titolo di Specialista in Medicina di Comunità, utile per l'accesso alla dirigenza di primo e secondo livello nei servizi dei Distretti, e/o Dipartimenti Cure Primarie. Le ricadute di questo percorso avrebbero un sicuro impatto positivo nella sanità e allo stesso tempo consentirebbero la evoluzione della formazione specifica in medicina generale in formazione specialistica, come auspicato dalle associazioni scientifiche e professionali nazionali ed europee<sup>4</sup>.

Questa strategia, sicuramente complessa nella sua attuazione, richiede la partecipazione di tutte le Istituzioni che concorrono oggi nella Formazione ai ruoli, funzioni e compiti professionali nell'area della medicina generale e delle Cure Primarie: Ministero della Università e Ministero della Salute, Regioni, Atenei e Aziende USL, Associazioni scientifiche e professionali della medicina generale.

La strategia, per svilupparsi, richiede a monte un "catalizzatore" in grado di innescare la prima indispensabile azione rappresentata dallo sviluppo in tutti gli Atenei italiani della Specializzazione in Medicina di Comunità. Questo "catalizzatore" è il settore MED/09.

La direzione da parte del settore MED/09 delle Scuole di Medicina di Comunità appare coerente allo specifico culturale della Medicina di Comunità per i principi in cui il settore si riconosce ed in particolare per l'approccio al paziente adulto ed anziano valutato nella sua globalità psico-fisica, per la metodologia clinica basata sul *problem solving* e centrata sulla persona, per i contenuti nel campo dell'urgenza, della geriatria e più in generale della medicina della complessità che il settore da sempre propone.

Allo stesso tempo però questo ruolo di direzione richiede al settore MED/09 un cambiamento del tradizionale model-

lo formativo adottato in ambito ospedaliero. Come già detto per la formazione pre-laurea, anche nel percorso specialistico è necessario che il settore MED/09 proponga la propria metodologia clinica e l'approccio terapeutico all'interno di "percorsi di cura", per conferire ai futuri specialisti in Cure Primarie le competenze cliniche necessarie per la continuità delle cure nei servizi in rete. Gli obiettivi formativi ed i relativi *settings* sono indicati nel DM 1.8.2005 e ad esso il SSD MED/09 si dovrà attenere.

Riteniamo che l'attuazione dei nuovi piani formativi possa fornire al settore MED/09 scenari nuovi e l'occasione di sperimentare e sviluppare competenze innovative, peraltro indicate da orientamenti internazionali della categoria<sup>9</sup>, quali erogare cure continue a pazienti con patologia croniche, complesse, multiple, lavorare in *team* multiprofessionali, erogare attività di *long-term-care*, pervenire alla sperimentazione di nuovi modelli gestionali per la continuità delle cure, coordinare *team* per la gestione globale dei pazienti complessi.

Più in particolare nel periodo di attività ospedaliera dei medici in formazione, dovrà essere compito diretto dei docenti del settore MED/09 guidare la Formazione clinica, curando in particolare gli aspetti legati alla continuità assistenziale, nell'ottica dell'approccio bio-psico-sociale al paziente ed alla sua famiglia e della loro partecipazione alle cure. Un ruolo importante potrà altresì essere svolto durante la Formazione clinica nel *setting* della medicina di famiglia, ponendosi come referenti universitari per sviluppare quella integrazione fra medicina di base e medicina specialistica oggi indispensabile per evitare ricoveri impropri e consentire ai pazienti cronici di essere curati in modo appropriato anche nei servizi territoriali. Le competenze cliniche del settore potranno essere utilizzate anche durante i periodi formativi nei servizi territoriali (poliambulatori specialistici, servizi per anziani, disabili, malati psichiatrici...),

<sup>4</sup> Scuole di Specializzazione in Medicina di Comunità sono attivate nelle Università di Modena e Reggio Emilia (direzione MED/42), Padova (direzione MED/38) e Perugia (direzione MED/09). Con l'anno 2008-09 altri Atenei quali Bologna, Bari e Roma hanno chiesto la attivazione della Scuola (direzione MED/09).

<sup>6</sup> La rete formativa integrata Regione-Università è prevista dal DL 368/99 (art 34 e seguenti) e dal Decreto MIUR 29.3.2006). La Regione Emilia Romagna ha provveduto con DGR 1546 del 15.11.2006 ad approvare il Protocollo di intesa per la formazione specialistica.

dal momento che i pazienti in carico a questi servizi sono frequentemente portatori di polipatologia, non sempre adeguatamente curata. In questi *setting* formativi i docenti MED/09 potranno rappresentare gli specialisti referenti nell'ambito dei percorsi di cura che richiedono attività di equipe multiprofessionale e interdisciplinare. Infine durante il periodo formativo dei medici nella direzione sanitaria dei Distretti e dei Dipartimenti di Cure Primarie, i docenti del settore MED/09 potranno inserirsi nei processi organizzativi di *long-term-care* e di dimissioni protette, nell'ottica di realizzare modelli gestionali integrati, oggi ancora spesso virtuali.

### Conclusioni

Nel sostenere con forza il ruolo prioritario della Università nella Formazione medica, condividiamo le raccomandazioni fornite da un gruppo di lavoro americano (*Advisory Panel on the Mission and Organization of Medical Schools*)<sup>1</sup>, a sostegno dello sviluppo in ambito accademico delle Cure Primarie, comprendenti la Medicina Generale.

Riportiamo di seguito una sintesi delle raccomandazioni e le loro possibili realizzazioni nello scenario accademico e assistenziale del nostro paese.

*Mission. Le Facoltà di Medicina devono prevedere percorsi formativi di cure primarie e medicina generale.* Ricordiamo ancora una volta che le attuali normative accademiche italiane contengono già i presupposti per lo sviluppo di questi percorsi formativi sia nel pre-laurea in Medicina e Chirurgia (Decreto MIUR 16.3.2007-DM 270/04) che nel post-laurea (Decreto MIUR 1.8.2005 - DM 270/04). E' bene ricordarlo alla luce della attuale proposta da parte delle società scientifiche e professionali della Medicina Generale che, denunciando disattenzione della Università allo sviluppo al suo interno dell'area formativa delle Cure Primarie, si sono recentemente proposte quali *providers* esterni alla Università di servizi formativi per le Cure Primarie. La strategia da sostenere è invece la sinergia fra Docenti delle Discipline Universitarie

affini alle Cure Primarie e Docenti-Tutors di discipline non accademiche (medicina generale, cure palliative, medicina dei Distretti...) nell'ambito di Corsi e Scuole gestiti dalle Università.

*Docenti. Le Facoltà di Medicina devono assicurare ai Corsi di Laurea in Medicina un numero adeguato di docenti per consentire agli studenti la acquisizione delle specifiche competenze di cure primarie e medicina generale.* Partendo dall'assunto che la Formazione nell'area delle Cure Primarie deve svilupparsi all'interno della Università è necessario che i docenti universitari dei settori affini alle Cure Primarie ed i professionisti esterni alla Università ricoprenti ruoli ancora mancanti nella Università (es. cure palliative, medicina generale, medicina di Distretto...) riconoscano la necessaria complementarietà per sviluppare "percorsi didattici integrati" funzionali alla realizzazione di "percorsi di cura". Sarà necessario abbandonare le battaglie ideologiche, riconoscere le proprie potenzialità ed i propri limiti, anche "negoziare" i propri valori, ma pervenire ad accordi ed alleanze. Ai Docenti Universitari dei settori affini alle Cure Primarie è chiesto di ricercare all'interno delle proprie discipline specialistiche i contenuti che si prestano alla integrazione didattica con i docenti-tutors delle Cure Primarie. Alla medicina territoriale è chiesto di confrontare e concordare la propria metodologia didattica, che ha sviluppato in modo autogestito al di fuori della Università, con la metodologia accademica per consentire agli studenti un apprendimento omogeneo e completo. Sarà inoltre necessario stabilire criteri per l'accesso alla didattica universitaria dei professionisti esterni, concordando con le Agenzie formative aziendali Corsi specifici per acquisire il titolo di Docente e Tutor.

*Infrastrutture. Le Facoltà di Medicina devono prevedere infrastrutture proprie o esterne per garantire la realizzazione dei programmi formativi di cure primarie e medicina generale. Possono essere richieste "alleanze" con le istituzioni esterne alla Università preposte alla erogazione di questi servizi.* Nella realtà del nostro paese, in

assenza di specifici ruoli e strutture universitarie di Cure Primarie, dovranno essere attuate convenzioni fra Università e Aziende USL piuttosto che fra Università e Società scientifiche professionali della Medicina Generale, nonché contratti di docenza per professionisti esterni alla Università, così da consentire agli studenti di frequentare i *setting* formativi delle Cure Primarie ed ai professionisti aziendali, compresi i medici di famiglia convenzionati, di porsi come *tutors* e come docenti ad integrazione delle competenze universitarie.

*Responsabilità. Le Facoltà di Medicina devono prevedere specifiche responsabilità per la realizzazione dei programmi formativi di cure primarie e medicina generale; queste responsabilità devono garantire nelle strutture affiliate la coerenza ai programmi accademici.* Nella realtà del nostro paese dovranno essere i Presidenti dei CdL in Medicina e Chirurgia ad assumersi la responsabilità primaria dei Corsi pre-laurea, delle Scuole di Specializzazione.

*Curricula. Le Facoltà di Medicina devono realizzare curricula per fornire competenze generali di cure primarie e medicina generale. Devono prevedere un mix di formazione patient-centred e community-centred.* Il Decreto MIUR 26.7.2007 fornisce le linee guida per la attivazione da parte degli Atenei dei Corsi di studio indicati nel Decreto MIUR 16.3.2007. In esso si legge "nei corsi di laurea magistrale possono essere realizzati curricula specificatamente dedicati alla formazione di particolari competenze e abilità funzionali ad alte professionalità". Questo orientamento deve essere applicato nell'area delle Cure Primarie e della Medicina Generale. Potrà essere adottata una visione didattica innovativa "patient-centred" basata sulla integrazione fra Docenti Universitari di vari SSD e professionisti delle Cure Primarie, compresi i Medici di Medicina Generale. Questa integrazione potrà garantire che "percorsi didattici di continuità delle cure" si trasformino in veri "percorsi di cura" a vantaggio dei pazienti complessi.

*Finanziamenti. Le Facoltà di Medicina devono assicurare alle Scuole di*

*Formazione medica finanziamenti adeguati per i docenti dei corsi di cure primarie e medicina generale.* La scelta di finanziare percorsi innovativi di cure primarie e medicina generale da parte delle Università avrebbe sicuramente un forte impatto sullo sviluppo della Formazione in questa area. Purtroppo le risorse economiche limitate che caratterizzano tutte le istituzioni pubbliche rischiano di arrestare l'indispensabile sviluppo della Formazione che in buona parte è legata a docenti e tutors esterni alla Università. E' allora indispensabile pensare ad un nuovo sistema di retribuzione di questi professionisti, ed ancora una volta sono necessari accordi Università-Regioni che, nel rispetto dei significativi cambiamenti intervenuti sul piano normativo e organizzativo sia nel sistema sanitario (DL 502/92, art.6, DL 517/99, L 3/2001) sia nel sistema universitario (Decreto MIUR 1.8.05) lasciano spazio al riconoscimento di compiti di didattica all'interno dei compiti professionali per i quali i dipendenti del SSN e quelli convenzionati sono retribuiti. Sarà nell'ambito degli accordi regionali di categoria che dovrà essere concordato il sistema di retribuzione dei professionisti aziendali per incarichi di docenza-tutoraggio nei percorsi di cure primarie e medicina generale.

*Enfasi. I docenti ed i tutors delle Facoltà di Medicina devono sostenere ed enfatizzare i percorsi formativi di cure primarie e medicina generale per motivare i futuri medici a questa scelta professionale.* A docenti e tutors è richiesta *leadership*, ovvero quell'arte di influenzare, guidare e mantenere vivo l'interesse ad apprendere le "nuove abilità" da sviluppare nel percorso professionale (es. effettuare la valutazione multidimensionale dei bisogni, stendere un piano assistenziale individualizzato, effettuare verifiche periodiche di efficacia, efficienza,

appropriatezza, effettuare interventi di educazione sanitaria, redigere documenti da cui emergano i problemi multidimensionali di salute, lavorare in *équipe*).

*Verifiche. Le Facoltà di Medicina devono sviluppare un sistema di verifica e monitoraggio dell'insegnamento per garantire che i medici acquisiscano le competenze di cure primarie e medicina generale.*

A completamento di questi importanti aspetti formativi e in sintonia con gli indirizzi europei<sup>(20)</sup>, riteniamo opportuno inserire nel percorso formativo delle Cure Primarie il concetto del *life-long learning*. È necessario che la Formazione in questa area, prevista in ampio sviluppo e soggetta a cambiamenti, si configuri come processo continuo che dal pre-laurea prosegue nel post-laurea per mantenersi attraverso percorsi ECM, gestiti anche dalla Università, per tutto il periodo in cui il medico esercita la sua attività.

## Bibliografia

- 1) Inui T, Williams WT, Goode L et al. Sustaining the development of primary care in academic medicine. *Acad Med* 1998;73:245-57
- 2) Solyom A. Improving the health of the public requires changes in medical education. *Acad Med* 2005;80:1089-93
- 3) Emanuel EJ. Changing premed requirements and the medical curriculum. *JAMA* 2006;296:1128-31
- 4) Hirsh DA, Ogur B, Thibault GE et al. Continuity as an organizing principle for clinical education reform. *N Engl J Med* 2007;356: 858-66
- 5) Ludmerer K, Johns M. Reforming graduate medical education. *JAMA* 2005; 294:1083-7
- 6) Van Der Weyden MB. Expanding primary care-based medical education: a renaissance of general practice? *MJA* 2007;187:66-7
- 7) Bodenheimer T. Primary care. Will it sur-

vive? *N Engl J Med* 2006; 355:861-4

8) Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: toward reconstruction and renewal. *Ann Intern Med* 2003; 138:244-7

9) Woo B. Primary care. The best job in medicine? *N Engl J Med* 2006; 355:864-6

10) Larson EB. Primary care, generalism, public good: déjà vu? Again! *Ann Intern Med* 2005; 142:671-4

11) Atun R. WHO Europe 2004. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? [www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/primaryvsspecialist/20040115\\_12](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/primaryvsspecialist/20040115_12)

12) WHO. Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978 (Health for All Series, n° 1)

13) WHO. Targets for health for all. The health policy for Europe. WHO Regional Office for Europe Copenhagen, 1991

14) Boerma W.G.W. Coordination and integration in European primary care. In "Primary care in the driver's seat?" Saltman RB, Rico a, Boerma W Editors, 2006. [www.euro.who.int/Document/E87932.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E87932.pdf)

15) The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe 2005. [www.woncaeurope.org/Definition%20GP-FM.htm](http://www.woncaeurope.org/Definition%20GP-FM.htm)

16) Boerma W.G.W., Dubois CA. Mapping primary care across Europe. In "Primary care in the driver's seat?" Saltman RB, Rico a, Boerma W Editors, 2006. [www.euro.who.int/Document/E87932.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E87932.pdf)

17) European Observatory on Health Care Systems, 2002. Health care systems in eight countries: trends and challenge. [www.euro.who.int/document/OBS/hcs8countries.pdf](http://www.euro.who.int/document/OBS/hcs8countries.pdf)

18) De Maeseneer J, Willems S, De Sutter A et al. Primary health care as a strategy for achieving equitable care. [www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/primary\\_health\\_care\\_2007\\_en.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf)

19) Larson E, Kirk L, Levinson W et al. The future of general internal medicine, 2005. Final report and recommendations. [www.sgim.org/futureofGIM.pdf](http://www.sgim.org/futureofGIM.pdf)

20) Heyrman J, Rusovich M, Dixon A. Changing professional roles in primary care education. In "Primary care in the driver's seat?" Saltman RB, Rico A, Boerma W Editors, 2006. [www.euro.who.int/Document/E87932.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E87932.pdf)



# Valutazione delle abilità formative professionalizzanti

Maria Giovanna Danieli, Lucia Pettinari, Armando Gabrielli

# 10

Nell'ultimo trentennio l'insegnamento della Medicina ha acquistato alcune nuove metodologie di approccio dalle quali emerge l'importanza della programmazione dell'insegnamento in funzione dell'apprendimento. La didattica magistrale, unilaterale e asimmetrica, divenuta meno popolare, sta cedendo il passo ad un approccio più informale, per piccoli gruppi e interattivo che si ritiene favorisca un apprendimento più partecipe da parte del discente.

In analogia con quanto auspicato per il rapporto medico-paziente, il rapporto docente-studente dovrebbe assumere un carattere sempre più collaborativo e individualizzato e la funzione del docente un ruolo essenzialmente maieutico.

Il presupposto cui si ispira la moderna cultura medica mira a privilegiare una formazione completa e complessa riferita al contesto "locale" nel quale il futuro professionista si troverà ad operare, attraverso metodi formativi elaborati in base alla specifica competenza che dovrà essere raggiunta (*competence-oriented medical education*).

In tale processo di revisione della pedagogia medica, si inserisce l'esame clinico obiettivo strutturato (OSCE), metodo di valutazione delle abilità professionalizzanti essenziali, che tutti i medici devono possedere al completamento del Corso di Laurea.

Deve essere sottolineato che il concetto di "abilità essenziali" non implica una rigida uniformazione dei curricula e della didattica, essendo infatti fondamentale un'educazione medica che si identifichi e si rivolga ai bisogni specifici della realtà locale in cui il medico viene formato ed eserciterà la sua professione.

Preliminarmente è essenziale rispondere a tre quesiti: perché, cosa e come valutare.

#### • Perché

Ogni valutazione didattica ha un duplice fine: formativo e certificativo, formativo, in quanto la capacità professionale è l'obiettivo finale e l'insegnamento è il mezzo col quale ottenerla; certificativo, poiché necessariamente si deve attestare che chi svolgerà

una determinata professione abbia realmente le competenze per farlo.

#### • Cosa

La competenza clinica che gli studenti acquisiscono durante la loro formazione nella Facoltà di Medicina e Chirurgia comprende quattro ambiti:

1. le abilità relative alla capacità di raccogliere l'anamnesi, eseguire l'esame obiettivo, compiere in un paziente tutte le manovre necessarie (*practical skills*);
2. la capacità di definire un problema e scegliere le vie di soluzione (*clinical problem solving*);
3. la capacità di ricercare, di valutare ed interpretare le informazioni (*knowledge*);
4. la capacità decisionale di pianificazione diagnostico-terapeutica e la gestione del paziente (*decision making and management*).

#### • Come

Tra i metodi di valutazione della competenza clinica, certamente il più complesso ma anche quello che permette di valutare l'ampia varietà delle abilità acquisite, è l'Objective Structured Clinical Examination (OSCE).

La prova OSCE da noi utilizzata è strutturata in una serie di dodici stazioni o prove nelle quali allo studente viene chiesto di svolgere una determinata abilità professionalizzante sotto la supervisione di un tutor che controlla l'appropriata esecuzione delle stessa attraverso l'ausilio di una griglia di valutazione. Nella nostra esperienza l'OSCE è strutturato in quattro stazioni di valutazione clinica (esame obiettivo), quattro stazioni di valutazione delle abilità professionalizzanti mediche e chirurgiche (entrambe su manichino), due stazioni di interpretazione di esami laboratoristici o strumentali e due stazioni di comunicazione, tutte finalizzate alla valutazione della conoscenza, della professionalità e dell'approccio alle relazioni interpersonali del futuro medico. Ciascuna delle dodici prove viene eseguita in 5-10 minuti al termine dei quali lo studente potrà passare alle stazioni successive. Il superamento della prova

OSCE prevede la corretta esecuzione di tutte le abilità.

Il metodo OSCE, valuta non solo la *performance* degli studenti, ma anche la qualità dell'insegnamento e l'efficacia dei programmi didattici ed è la prova che maggiormente risponde ai criteri di validità, affidabilità ed oggettività di un test.

La *validità* di una prova è espressa come la capacità di un test o esame di misurare effettivamente la competenza acquisita dagli studenti.

L'*affidabilità* è invece la coerenza o regolarità del test che, nel caso dell'OSCE, è assicurata dal coinvolgimento di professionisti con esperienza clinica nella costruzione degli strumenti di valutazione.

L'*oggettività* è il grado di concordanza dei risultati ottenuti con lo stesso strumento da esaminatori diversi: l'uso delle griglie nell'OSCE risponde a tale necessità.

Al fine di realizzare un esame clinico strutturato obiettivo occorre elaborare tre fasi di programmazione. Le prime due riguardano la definizione degli ambiti di competenza da valutare, in particolare la scelta di quante e quali stazioni disporre (1<sup>a</sup> fase) e all'interno di ogni stazione stabilire quante e quali abilità testare (2<sup>a</sup> fase). La costruzione della griglia è la terza e ultima fase.

1<sup>a</sup> fase. Scegliere le stazioni equivalenti alla definizione degli obiettivi da valutare: questi sono tratti in parte dal piano di studi del Corso di Laurea, in parte rielaborati dai Docenti. Ogni prova rispecchia un aspetto irrinunciabile nella formazione dello studente e, solitamente, in un esame OSCE non si scende sotto le dieci prove né si superano le trenta: questo consente di valutare le abilità necessarie senza prolungare eccessivamente l'esame. Scegliendo le stazioni si imposta la struttura base dell'OSCE e si creano gli ambiti in cui poi inserire le diverse abilità da valutare.

2<sup>a</sup> fase. Varie, all'interno di ogni stazione, sono le abilità da dimostrare. In termini pratici, all'interno di un macro-obiettivo, come saper raccogliere l'anamnesi, si iscrivono più micro-obiettivi specifici: raccogliere l'anamnesi in un paziente con feb-

## 11

bre, con cefalea, con diarrea... . Anche in questo caso le abilità sono tratte dal piano di studi del Corso di Laurea e rielaborate dai Docenti; queste vengono scelte anche in relazione a problemi pratici come la necessità di una permanenza breve in ogni stazione (al massimo 10 minuti per ogni abilità), e di praticabilità (possibilità di disporre di ambienti, strumenti e personale per svolgere l'abilità stessa). 3<sup>a</sup> fase. Ultimo passo è la costruzione della griglia, nella quale ogni abilità è scomposta in più azioni o punti la cui esecuzione è controllata e valutata. Questo strumento sfrutta criteri di valutazione cosiddetti "assoluti" ovvero confronta il risultato ottenuto con uno standard prefissato che identifica il superamento della prova.

Costruendo una griglia, un aspetto fondamentale è l'individuazione dei criteri di promozione per ogni abilità. Per individuare il livello soglia di validità della prova, nelle griglie OSCE viene applicato il calcolo del livello accettabile di *performance* (L.A.P.). Il L.A.P. corrisponde ad un giudizio indipendente e a priori sulla difficoltà relativa di ciascun punto, consentendo un giudizio complessivo sull'intera prova. Il calcolo del L.A.P. permette l'individuazione dei punti che lo studente deve assolutamente espletare durante l'esecuzione di un'abilità, perché questa si consideri acquisita.

L'esperienza svolta presso il nostro Dipartimento a partire dall'Anno Accademico 2003-2004, ha confermato l'applicabilità dell'esame OSCE, frutto della disponibilità di risorse sia umane che materiali e dei consensi ottenuti tra gli studenti e i docenti. Il ricorso a tale valutazione ha permesso inoltre di individuare le aree cliniche meritevoli di un approfondimento della didattica frontale, raggiungendo così un altro obiettivo oltre a quello della valutazione, fornire un approccio didattico calibrato in base alla competenza raggiunta dai discenti.

Aspetto del metodo che merita maggiore attenzione, secondo i nostri risultati, è il bisogno di raggiungere una più stretta integrazione tra attività clinica e simulata.

Introdurre un nuovo metodo di valutazione, che sproni il discente alla pratica professionale guidata ed individuale, è il miglior punto di partenza per la formazione di medici che non siano soltanto "tecnici" della salute, ma professionisti ricchi di conoscenze scientifiche, di abilità tecniche e di spirito critico verso se stessi.

### Lecture consigliate

1. Harden RM et al., Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Brit J Med* 1975; 1: 447-51.
2. Core Committee, Institute for International Medical Education. Global minimum essential requirements in medical education. White

Plains, New York, USA, 2005, pag.1-15.

3. Danieli MG, Scalise A, Siquini W. Valutazione Obiettiva Strutturata della Competenza Clinica. Università Politecnica delle Marche, 2005, pag. 119-23.
4. Epstein RM. Assessment in Medical Education. *New Engl J Med* 2007; 356 (4): 387-96.
5. Federspil G. Le Scienze Umane in Medicina, Il lavoro editoriale, Ancona, 2005, pag. 24-39.
6. Friedman Ben-David M. The role of assessment in expanding professional horizons. *Med Teach* 2000; 22: 472-7.
7. Hodges B, McIlroy JH. Analytic global OSCE ratings are sensitive to level of training. *Med Educ* 2003; 37: 1012-6.
8. Newble DI, Techniques for measuring clinical competence: objective structured clinical examination. *Med Educ* 2004; 38 (10): 199-203.
9. Vettore L, Tenore A. Presentazione del core curriculum per le abilità pratiche. *Med Chir*, 2003; 21: 693-748.
10. Vettore L. Si possono apprendere e insegnare le Medical Humanities? In: Le Scienze umane in Medicina, Il lavoro editoriale, Ancona, 2005, pag. 97.
11. Wilkinson TJ, Frampton CM. Comprehensive undergraduate medical assessments improve prediction of clinical performance. *Med Educ* 2004; 38 (10): 1111-6.
12. Hamdy H, et al. BEME systematic review: predictive values of measurements obtained in medical schools and future performance in medical practice. *Med Teach* 2006; 28 (2): 103-16.
13. Cleland JA. Cohort study on predicting grades: is performance on early MBChB assessments predictive of later undergraduate grades? *Med Educ* 2008; 42 (7): 676-83.

### Quote associative 2009

- Professori Ordinari e Straordinari • Euro 60,00
  - Professori Associati • Euro 50,00
  - Ricercatori ed Assistenti Universitari • Euro 40,00
  - Altri Soci (MED/45, MED/49, ecc.) • Euro 50,00
- con bonifico bancario codice IBAN IT 09 V 03002 03371 000011589138 intestato al COLMED/09 presso la Banca di Roma – Agenzia 153 – Università La Sapienza
- sul conto corrente postale n. 61768453 intestato a Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna COLMED-09 IBAN IT 20 J 07601 03200 000061768453

carta di credito:

American Express

Visa/MasterCard/CartaSi/EuroCard

n. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

scadenza | | | | | CV2 | | | | |

intestata a:

.....

FIRMA DEL DOCENTE \_\_\_\_\_

Da compilare e restituire per posta al COLMED/09 c/o SIMI Viale dell'Università 25 - 00185 Roma o per fax al numero 06.44.34.04.74 oppure via e-mail a [segreteria@colmed.it](mailto:segreteria@colmed.it)

# Verbali delle riunioni della Giunta Esecutiva del Collegio MED/09

# 12

## Riunione del 15 gennaio 2009

Il giorno 15 gennaio 2009, alle ore 11.30, si è riunita a Roma, presso la sede della Società Italiana di Medicina Interna, Viale dell'Università 25, la Giunta del Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna.

Sono presenti: Dott. P. Amodio, Prof. N. Carulli, Prof. R. Corrocher, Prof. F. Dammacco, Prof. G.L. Rapaccini, Prof. G. Realdi, Dott. F.C. Sasso, Prof. F. Trevisani.

Sono assenti giustificati: Prof. R. Bernabei, Prof. F. Patrone, Prof. R. Pini, Prof. G.B. Rini.

### 1. Comunicazioni del Presidente

Fatti salvi i motivi di salute, il Prof. Dammacco stigmatizza l'assenteismo di taluni componenti della Giunta Esecutiva, richiamandosi all'importanza dell'impegno che ciascun membro della Giunta ha preso nei confronti dell'intero Collegio Med/09. Tutti i presenti condividono la posizione del Presidente.

Viene avanzata la proposta di lasciare immutata per l'anno 2009 la quota associativa. La proposta è approvata all'unanimità. Il Presidente rammenta gli impegni affidati ad alcune Commissioni nominate ad hoc, ma che ad oggi non hanno ancora completato i lavori o presentato una bozza di documento. In particolare, rivolge un richiamo ai coordinatori delle commissioni relative alla Guida sull'uso di alcuni farmaci e quella per lo Statuto della Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport.

Il documento approvato in sede assembleare sul Tronco Comune verrà inviato al Presidente del CUN, ai Ministri dell'Università e del Welfare, nonché agli Assessori Regionali della Sanità, ai Rettori medici ed ai Presidi delle Facoltà di Medicina.

Il Prof. Rapaccini, che nell'ultima riunione della Giunta aveva illustrato le modalità applicative del sito web del Collegio, viene invitato ad attivarsi per la sua definizione in tempi rapidi, affinché il sito possa divenire realmente operativo.

Viene dato mandato ai Professori Trevisani e Rapaccini di preparare le griglie di autovalutazione relative ai concorsi rispettivamente di prima e di seconda fascia, che saranno discusse in occasione della prossima riunione della Giunta.

### 2. Diffusione del documento finale sul Tronco Comune

Il Documento approvato dall'Assemblea del Collegio, tenutasi in occasione del

Congresso della SIMI a Genova, sta avendo ampia diffusione e sta riscuotendo notevoli consensi, sia tra gli Internisti che tra altri Specialisti.

### 3. Approvazione del verbale relativo alla riunione di Giunta del 10 dicembre 2008

Non essendovi osservazioni da parte dei presenti, il verbale è approvato all'unanimità.

### 4. Avallo notarile alle modifiche dello Statuto del Collegio approvate dall'Assemblea in data 26 ottobre 2008

In data odierna il nuovo Statuto del Collegio, approvato dall'Assemblea in data 26 ottobre 2008, avrà l'avallo notarile con la firma del documento da parte del Presidente davanti al Notaio Dott. Giovanni Berionne in Roma e con il suo deposito presso lo stesso studio notarile. Il testo dello Statuto sarà inoltre pubblicato sul Bollettino del Collegio.

### 5. Incontro con la delegazione del Consiglio Direttivo della SIMI sulle problematiche riguardanti il curriculum formativo degli Specializzandi e degli Studenti

Prende la parola il Presidente della SIMI, Prof. Licata, che invita a creare meccanismi di sinergia e di azioni congiunte tra ColMed/09 e SIMI per dare più forza ed incisività alla Medicina Interna nel cammino formativo universitario. Tale cammino andrebbe affrontato insieme, anche incontrando interlocutori istituzionali e politici. Licata suggerisce la costituzione di Commissioni miste che si occupino della didattica finalizzata all'assistenza (sia per lo studente che per lo specializzando). Prende la parola il Prof. Violi, che suggerisce due livelli di intervento: uno per la Scuola di Specializzazione ed uno per il Corso di Laurea. In merito al primo, propone di utilizzare il Tronco Comune per insegnare allo specializzando il metodo, e per questo invita a fare le opportune pressioni sul CUN ed il Ministero. Per il Corso di Laurea, suggerisce di intervenire in modo "soft" sulla Tabella 18. Violi conclude il suo intervento stressando la valenza culturale ed i vantaggi operativi che potranno derivare da tale operazione.

Il Prof. Corrocher interviene segnalando la necessità di definire i bisogni sanitari e quindi creare un cammino formativo coerente con tali bisogni. Pertanto, occorrerebbe disegnare un profilo professionale coerente con le esigenze del territorio e dei tempi.

Il Prof. Carulli sottolinea l'importanza che la Medicina Interna si riappropri della formazione post-laurea del Medico di Medicina Generale.

Il Dott. Sasso chiede che il Collegio intervenga in tutte le sedi a difesa della dignità dell'Internista e della sua specificità culturale nella formazione dello studente e dello specializzando.

Il Prof. Realdi sottolinea che nel documento sul Tronco Comune appena approvato si è pensato al percorso dell'ammalato. Suggestisce quindi un *draft* di programma per definire un profilo ed un percorso formativo. Propone un coinvolgimento della Medicina Generale al fine di ottenere l'inserimento della Medicina Interna nel corso (finora regionale) di Medicina Generale.

Il Presidente Dammacco, raccogliendo l'invito del Prof. Licata, suggerisce di costituire alcune Commissioni miste (ColMed/09 e SIMI) sui seguenti temi:

- percorso formativo e profilo professionale dello studente;
- profilo assistenziale della Medicina Interna;
- formazione post-laurea (articolato nei vari momenti della Specializzazione, della fase successiva e dell'inserimento nel mondo del lavoro).

Il Prof. Licata suggerisce che tali gruppi di lavoro siano formati da componenti ben motivati.

### 6. Codice Etico del Collegio: stato di avanzamento

Il Presidente sintetizza la storia del Codice Etico del Collegio. Da una relazione tenuta alla Giunta del Collegio da parte del Prof. Ponz de Leon sui Codici Etici esistenti negli Atenei Italiani nacque l'idea di formare una Commissione (Corrocher, Ponz de Leon e Pini) per stilare una bozza di Codice Etico del Collegio. Tale impegno, sostenuto prevalentemente dal Prof. Corrocher, ha generato un documento che è stato ampiamente emendato dal Prof. Dammacco alla luce di diversi suggerimenti avanzati da alcuni membri della Giunta. In particolare, in Giunta ci si è confrontati sull'opportunità di una premessa al documento vero e proprio. Le ultime limature al documento sono state infine apportate dai Proff. Dammacco e Realdi.

Il Presidente ribadisce quanto era stato già affermato nelle precedenti riunioni di Giunta, e cioè l'opportunità da parte del Collegio di dotarsi di un Codice Etico che, pur non avendo valenza giuridica, ha tuttavia lo scopo "propositivo" di identificare

# 13

possibili problemi e suggerire soluzioni condivise. Altri due punti che la Giunta dovrà affrontare, relativi all'attuale stesura del Codice Etico, sono la commissione etica e quella scientifica: come costituirle e quali attività esse debbano svolgere.

Il Presidente dà lettura di una lettera di Ponz de Leon che, in assenza di precise norme giuridiche, ritiene che un Codice Etico che risulti estesamente condiviso abbia più elevate probabilità di essere rispettato. Inoltre, il Prof. Ponz de Leon propone che siano Professori Ordinari e non figure del mondo civile a presiedere le due commissioni sopra menzionate.

Si procede quindi alla lettura della premessa.

Il Prof. Carulli suggerisce di contestualizzare tale premessa al momento critico dell'Università e della Medicina in particolare, senza generalizzazioni che, corrette nella sostanza, riguardano però la società civile nel suo complesso. Egli, quindi, fa un richiamo alle motivazioni accademiche e non "universali" che hanno spinto la Giunta a dotare il collegio di un Codice Etico.

Il Prof. Corrocher, pur comprendendo le osservazioni di Carulli e pur essendo disponibile ad attenuarne i toni, lascerebbe nella premessa il legame tra i mali dell'Università ed il decadimento morale della Società.

Il Prof. Realdi condivide l'idea di limare la premessa.

I Proff. Rapaccini e Trevisani suggeriscono un'approfondita contestualizzazione, proprio per rivendicare il ruolo della Medicina Interna nell'Accademia e nella Società.

Il Dott. Amodio, che insieme al Prof. Pini era stato tra i primi promotori di un ridimensionamento della premessa, chiarisce che la sintesi da lui proposta riguardava lo stile, ma non la sostanza di quanto riportato nella premessa.

Il Dott. Sasso suggerisce di mantenere comunque nella premessa del Codice Etico il riferimento alla corruzione della società al fine di valorizzare l'intento dell'Accademia di dare un segnale positivo, finalizzato a riempire un "vacuum" legislativo e tentare di curare la disaffezione dei giovani verso l'Università.

Il Presidente chiede un impegno per contenere i tempi dell'ulteriore revisione del testo, in maniera da poter approvare la versione definitiva del Codice Etico in occasione della prossima riunione di Giunta, al fine di far girare a mezzo e-mail a tutti i soci il documento, prima di chiederne l'approvazione all'Assemblea nel prossimo Congresso del ColMed/09.

### **7. Approvazione finale della legge 10 novembre 2008: disposizioni urgenti sull'Università**

Il Prof. Realdi (che ha assunto la Presidenza per l'allontanamento del Prof. Dammacco dovuto all'impegno summenzionato di quest'ultimo con il notaio Berionne) dà lettura del documento che il CUN ha inviato al Ministro dell'Istruzione circa i criteri di valutazione didattico-scientifica per le prossime tomate concorsuali. Segue ampia discussione.

### **8. Varie ed eventuali**

Non essendovi altri punti all'Ordine del Giorno, i lavori della Giunta si concludono alle ore 15.30.

### **Riunione del 5 marzo 2009**

La Giunta del Collegio ColMed/09 si riunisce presso la sede della Società Italiana di Medicina Interna (Viale dell'Università, n. 25 - Roma) giovedì 5 marzo 2009, alle ore 11.00. Sono assenti giustificati i Proff. Bernabei e Rini. Il Dott. Sasso è incaricato di redigere il verbale. Si procede secondo l'ordine del giorno.

#### **1. Comunicazioni del Presidente**

Il Presidente presenta nel dettaglio il nuovo sito web del Collegio.

Egli dà quindi lettura della lettera del Presidente del CUN, Prof. Andrea Lenzi, che rivolge vivo apprezzamento per il lavoro del Collegio, grazie al quale è stato possibile stilare l'ampio documento sul tronco comune.

Il Prof. Rapaccini ha compilato l'elenco dei 5 Presidi (su 38 Facoltà di Medicina e Chirurgia esistenti in Italia) appartenenti al SSD MED/09.

Il delegato per le Scuole di Specializzazione in Medicina Interna, Prof. Roberto Delsignore, ha comunicato che, in occasione della recente riunione delle Scuole di Specializzazione coordinata dal Prof. Pinchera, è stata resa nota una circolare ministeriale secondo la quale, a partire dal corrente anno accademico, non sarà possibile attivare le Scuole di Specializzazione alle quali siano stati assegnati meno di 3 contratti di formazione/lavoro. In questi casi sarà tuttavia possibile consorzarsi con le corrispondenti Scuole di altre sedi. Il Prof. Delsignore rassicura comunque che tutte le Scuole di Specializzazione in Medicina Interna non corrono tale rischio. E' stato altresì ricordato che una stessa sede non potrà avere più di una Scuola della stessa tipologia. Il Presidente se-

gnala la posizione critica del Prof. Franco Rengo, Ordinario di Geriatria presso l'Università di Napoli Federico II. Il Prof. Rengo paventa che, a fronte della salvaguardia delle 39 Scuole di Medicina Interna e della futura istituzione di 18 Scuole di Medicina d'Urgenza, vi possa essere una contrazione nel numero delle Scuole di Geriatria. Il Presidente propone che, in una futura riunione della Giunta, vi sia un incontro con il Prof. Rengo, il Prof. Marchionni (attuale Presidente della Società di Geriatria) ed ovviamente con i Colleghi Bernabei e Pini che fanno parte della Giunta. Egli rammenta inoltre che nel Collegio hanno sempre avuto ampia considerazione i rappresentanti della Geriatria e sottolinea come l'afferenza della Scuola di Specializzazione in Medicina d'Urgenza al settore scientifico-disciplinare MED/09 sia stata una grande vittoria della Medicina Interna, a fronte delle fortissime pressioni dell'area anestesiológica. La Giunta approva la proposta di invitare ad una prossima riunione una rappresentanza della Geriatria.

Il Prof. Rini ha inviato una lettera alla Giunta, ma la discussione sul suo contenuto è rinviata ad una prossima occasione, in considerazione dell'assenza dello stesso Prof. Rini.

Viene stabilita la data del 5 giugno per il prossimo Congresso Nazionale del ColMed/09. La sede non è ancora definita, potendo essere sia l'Aula Giunchi sia quella della Clinica Medica del Policlinico Umberto I di Roma. Si rinvia tale decisione alla prossima Giunta sulla base delle reali disponibilità delle sudette Aule.

Il Prof. Nicola Basso, Presidente dell'Intercollegio, ha trasmesso un documento di ampio respiro su temi inerenti l'assistenza in ambito universitario, che egli ha presentato nel corso di un'audizione tenutasi lo scorso 21 gennaio 2009 presso la XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati presieduta dall'On.le Giuseppe Palumbo in relazione alle proposte di legge sul "Governo Clinico".

#### **2. Approvazione del verbale relativo alla riunione di Giunta del 15/01/2009**

Il verbale viene approvato all'unanimità.

#### **3. Discussione ed eventuale nomina delle commissioni miste COLMED/SIMI**

Il Presidente legge l'e-mail pervenuta dal Presidente della SIMI Prof. Licata con la quale si comunicano i nominativi

dei membri del Consiglio Direttivo della SIMI che affiancheranno i rappresentanti del Collegio nelle Commissioni congiunte proposte nell'ultima riunione di Giunta, come da verbale del 15/1/2009. Egli riferisce inoltre di un'altra *e-mail* pervenutagli dal Prof. Bernabei che, assente per precedenti impegni, esprime perplessità su tali commissioni. Pertanto, si avvia un giro di opinioni. Il Prof. Realdi suggerisce di creare un'unica commissione in cui si concentri la problematica della formazione pre- e post-laurea e quella dell'assistenza, vista in funzione della formazione stessa. Il Prof. Corrocher suggerisce anch'egli di formare una sola commissione, ma in particolare suggerisce che questa si focalizzi sul tema della formazione. Il Prof. Pini segnala che (una o più) commissioni congiunte COLMED/09 e SIMI potrebbero creare problemi con altre società scientifiche afferenti a settori disciplinari dell'area medica. Il Prof. Rapaccini sottolinea che gli aspetti formativi dovrebbero essere solo di pertinenza del Collegio, mentre quelli assistenziali nelle U.O. di Medicina Interna potrebbero essere affrontati congiuntamente dal Collegio e dalla SIMI. Il Prof. Carulli suggerisce di formare un'unica commissione congiunta. Il Dott. Amodio propone un'unica commissione sui temi dell'assistenza. Il Prof. Trevisani suggerisce una valutazione politica, che tenga conto del peso della SIMI. Pertanto, pur riconoscendo un'iniziale perplessità, egli valuta ora positivamente l'arricchimento che potrebbe essere portato da Collegi di estrazione ospedaliera ed, infine, suggerisce una commissione unica strettamente interfacciata alla Giunta. Il Prof. Patrone appoggia l'ipotesi di una sola commissione. Il Dott. Sasso concorda con il pensiero di Rapaccini e suggerisce che future commissioni congiunte debba-

no essere strettamente monitorate dalla Giunta del Collegio, pur apprezzando la valenza "politica" di una più stretta collaborazione tra SIMI e Collegio. Il Prof. Realdi sottolinea che gli Internisti universitari sono "vittime" dell'assistenza, e sono spesso costretti a dover sacrificare importanti aspetti della ricerca e della didattica. La stessa Medicina Interna oggi andrebbe diversificata per livelli di intensità di cure. Segnala che l'idea di un progetto comune tra Collegio e SIMI nasce da precedenti contatti da cui era nata l'esigenza di una collaborazione nel cammino formativo ed assistenziale.

Il Presidente, pur apprezzando l'ampio dibattito, segnala che l'utilità di una collaborazione sia indiscutibile per l'arricchimento reciproco che potrà produrre, lavorando su obiettivi comuni. Suggerisce di formare non una, bensì due commissioni: una sul profilo assistenziale e l'altra su quello formativo unificando le fasi post- e pre-laurea. La Giunta approva e dà mandato ai Proff. Corrocher, Trevisani, Pini e Amodio di entrare nella Commissione sull'assistenza, ed ai Proff. Realdi, Carulli e Sasso di entrare a far parte della Commissione sulla formazione. I due Presidenti (Proff. Licata e Dammacco) parteciperanno, quando possibile, ad una e/o all'altra Commissione e saranno comunque presenti nelle fasi conclusive dei lavori di ciascuna Commissione. Ovviamente, i documenti prodotti saranno poi sottoposti alla discussione collegiale sia della Giunta Esecutiva del Collegio che del Consiglio Direttivo della Società.

#### **4. Audizione di una rappresentanza della Medicina dello Sport (Proff. Assanelli, Galanti e Zaccaria)**

Prende la parola il Prof. Assanelli che segnala come in letteratura i lavori sulla prevenzione dell'obesità e sulla prevenzione delle cadute nell'anziano fragile

siano pochi e metodologicamente non corretti nell'impostazione della prescrizione dell'attività fisica. Esistono progetti scientifici, come quello di Ferrara, di integrazione con database già disponibili sul territorio (medici di medicina generale e specialisti), che però hanno trovato ostacoli. Un problema aperto è il decreto legge che rende equipollenti le Scienze Motorie con la Fisioterapia, conseguenza di mancanza di un coordinamento ed anche di forti spinte lobbistiche. Suggerisce l'inserimento nei Corsi di Laurea dell'insegnamento della Medicina dell'Attività Fisica e del Benessere, per attribuire nuovamente alla Medicina ed in particolare alla Medicina Interna il suo ruolo centrale nella formazione della Medicina dello Sport.

Il Prof. Zaccaria richiede un aiuto forte del Collegio per evitare che altre aree, come la Cardiologia, si appropriino della Medicina dello Sport, che richiede invece un medico di formazione olistica e quindi internistica. Stigmatizza che numerose Scuole di Specializzazione siano affidate a Fisiologi o Anatomici, quindi figure non mediche, oltre che non internistiche.

Il Prof. Galanti segnala che in ambiente americano ed europeo la formazione del medico dello sport è strettamente internistica, e non affidata a specialisti.

Il Prof. Trevisani interviene sottolineando che la Medicina dello Sport ha oggi un ruolo centrale dal punto di vista culturale ed economico. Egli suggerisce che il Collegio faccia pressione sulle Facoltà di medicina per inserire nei Corsi di Laurea l'insegnamento in Medicina dello Sport e per attivare Scuole di Specializzazione in Medicina dello Sport dirette da Docenti di Medicina Interna. Inoltre il Collegio, interfacciandosi con le Regioni, potrebbe spingere verso la creazione di Unità di prevenzione secondaria nelle Aziende Universitarie, dove indirizzare pazienti fra-

#### **Progetto collaborativo COLMED/09-SIMI**

La Giunta Esecutiva del Collegio MED/09 ed il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Medicina Interna hanno deciso di comune accordo di nominare due commissioni miste con l'incarico di approfondire le problematiche e proporre le possibili soluzioni relative ai seguenti aspetti di comune interesse: a) Curriculum formativo pre- e post-laurea in Medicina Interna e nelle altre discipline del settore scientifico-disciplinare (SSD) MED/09; b) Profilo assistenziale e rapporti Università/Ospedale riferiti alle Unità Operative che operano nello stesso SSD. Riportiamo qui di seguito i nomi dei Collegi che sono stati designati a far parte di tali Commissioni.

*Commissione Formazione:* Maria Domenica Cappellini, Nicola Carulli, Elmo Mannarino (Vice Coordinatore), Vincenzo Marigliano, Giuseppe Palasciano, Giuseppe Realdi (Coordinatore), Ferdinando Sasso

*Commissione Assistenza:* Piero Amodio, Vincenzo Arienti, Gianpiero Benetti (Vice Coordinatore), Roberto Corrocher (Coordinatore), Riccardo Pini, Franco Trevisani

gili (diabetici, ipertesi, ecc.). Infine, egli raccoglie l'invito del Presidente di scrivere sul Bollettino un articolo sui contenuti della discussione.

Il Prof. Corrocher suggerisce anche che il Collegio richiami il CUN al rispetto della norma che prevede che il Direttore delle Scuole di Specializzazione sia del SSD a cui afferisce la Scuola, che nel caso della Medicina dello Sport è appunto il SSD MED/09.

#### 5. Approvazione del Bilancio Preventivo del 2009

La Giunta approva tale bilancio all'unanimità.

#### 6. Griglie di Autovalutazione

Il Prof. Corrocher suggerisce di inserire il *Citation Impact*. Inoltre, sottolinea che tale autovalutazione è diretta derivazione del Codice Etico in preparazione, ed è finalizzato a creare un'anagrafe scientifica da aggiornare periodicamente. Il Presidente consiglia di evitare un'eccessiva selezione, che comunque sarà fatta in sede concorsuale, trattandosi di un'autovalutazione sulla base dei criteri minimi approvati dall'Assemblea del Collegio. I Proff. Trevisani e Rapaccini sottolineano che le griglie di autovalutazione per I e II fascia da loro preparate su mandato della Giunta, sono state impostate in ossequio assoluto ai criteri minimi approvati dal Collegio. Il Presidente segnala che non ci sono rischi di ipotesi di voler preparare delle preselezioni concorsuali, giacché i criteri minimi sono stati sollecitati dal CUN che, dopo averli ricevuti, li ha trasmessi al Ministero. Il Dott. Sasso segnala l'importanza nella griglia di autovalutazione, così come nei criteri minimi approvati, dell'afferenza al SSD MED/09, al fine di impedire possibili invasioni da parte di altri SSD.

Alle ore 15.30 si interrompe la discussione che, con gli altri punti all'ordine del giorno rimasti inevasi, sarà affrontata nella prossima riunione di Giunta.

#### Riunione del 3 aprile 2009

La seduta inizia alle ore 11.00 presso la sede della SIMI in Roma. Sono presenti i Professori Dammacco, Carulli, Corrocher, Patrone, Realdi, Rapaccini, Amodio e Sasso. Assenti giustificati i Professori Rini, Pini e Trevisani. Assente il Professor Bernabei.

#### 1. Comunicazioni

Il Presidente informa che vi saranno in totale 50 contratti di formazione-lavoro, 2

per ciascuna delle 25 sedi che hanno deciso di attivare la nuova Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza e Urgenza. Riferisce inoltre di essere stato informato che il Presidente dell'Osservatorio per le Scuole di Specializzazione, Prof. Aldo Pinchera, ha di recente sostenuto in diverse occasioni che il Tronco Comune sia di classe e non di area. Tentativi di chiarimento sono stati sostanzialmente infruttuosi. Ritiene pertanto opportuno che venga mandata una lettera ufficiale del Collegio al Ministro, al Presidente della CRUI, al Presidente della Conferenza dei Presidi di Medicina, al Presidente del CUN, al Dott. Masia del Ministero, al Prof. Valesini che presiede il Collegio dei Referenti delle Scuole di Specializzazione dell'area medica, nonché allo stesso Prof. Pinchera.

Il Prof. Corrocher ritiene che sia necessaria una precisazione normativa, perché vi è un'intrinseca ambiguità. Fa presente che a Verona si stanno ipotizzando due Tronchi Comuni: uno per le discipline internistiche e l'altro per le specialistiche.

Il Prof. Carulli sostiene che la lettera debba essere firmata anche dai referenti specialisti che hanno contribuito alla stesura del documento sul Tronco Comune. Il Prof. Realdi sottolinea l'ambiguità dei testi legislativi. Fa presente che a livello europeo si parla di un Tronco Comune medico e di un Tronco Comune chirurgico anche se, come ricorda il Presidente, i chirurghi sono ancora ben lontani dalla stesura di un progetto di Tronco Comune. Il Prof. Corrocher sostiene che i primi referenti della lettera debbano essere i Presidi, perché ad essi si riferiscono le Scuole di Specializzazione, non ai Rettori. Il Presidente concorda che i referenti siano i Presidi, ma ritiene opportuno coinvolgere entrambi.

Il Presidente informa di aver comunicato alla SIMI i nominativi proposti per le commissioni miste sulla Formazione e sull'Assistenza e di aver ricevuto dal Presidente della SIMI, Prof. Licata, la proposta che anche la Commissione per l'Assistenza sia presieduta da un membro del Collegio, in particolare dal Prof. Corrocher per il suo prestigio e per la sua competenza. Per la funzione di vice-Coordinatore, il Presidente della SIMI propone il Prof. Mannarino per la Commissione sulla Formazione e il Prof. Benetti per quella dedicata all'Assistenza.

Le Commissioni saranno pertanto così costituite:

Commissione Formazione: Realdi (Coordinatore), Mannarino (vice-

Coordinatore), Cappellini, Carulli, Marigliano, Palasciano, Sasso.

Commissione Assistenza: Corrocher (Coordinatore), Benetti (vice-Coordinatore), Arienti, Pini, Trevisani, Amodio.

#### 2. Approvazione del verbale della riunione del 5 marzo 2009

Il verbale della seduta precedente viene posto in votazione ed approvato all'unanimità.

#### 3. Codice Etico del Collegio

Il Presidente apre la discussione sul Codice Etico. Fa rilevare che è importante definire la costituzione della Commissione Etica e le sue modalità di funzionamento. In particolare, fa notare che il Prof. Ponz de Leon ha espresso qualche perplessità circa la proposta che ne faccia parte una personalità di garanzia non appartenente all'ambiente accademico di medicina.

Il Prof. Rapaccini solleva il problema delle funzioni che può avere la Commissione Etica per i docenti che non siano iscritti al Collegio. Fa presente che giudizi di censura potrebbero essere rigettati e dare persino adito a querele.

Il Dott. Sasso fa notare che la composizione degli iscritti al COLMED/09, comprendente per l'80% circa i professori ordinari, dovrebbe dare peso alle delibere delle sue Commissioni.

Il Prof. Corrocher fa notare che l'azione della Commissione Etica avrà efficacia solamente nei confronti degli iscritti al Collegio. Esprime l'opinione che la presenza di una personalità autorevole che non appartenga al mondo accademico sia del tutto opportuna.

Il Dott. Amodio chiede ulteriori chiarimenti circa gli atteggiamenti che potrà avere la Commissione Etica nei confronti dei non iscritti al Collegio.

Il Prof. Corrocher chiarisce che necessariamente essa non potrà esprimere alcuna valutazione sull'operato dei non iscritti. Il Presidente informa che il Comitato Etico del Policlinico di Bari è presieduto da un magistrato in pensione. Propone che anche il Comitato Etico del Collegio sia presieduto da un magistrato in pensione, possibilmente residente a Roma.

Il Prof. Realdi domanda da chi dovrebbe essere proposto e da chi dovrebbe essere eletto questo magistrato.

Il Prof. Corrocher ritiene che il Presidente del COLMED/09 possa proporre una rosa di candidati all'Assemblea del Collegio. Nella sua sovranità, sarà l'Assemblea ad effettuare la designazione finale.

Il Prof. Carulli propone di eliminare l'ultimo

periodo del comma 4. La Giunta approva. Il Prof. Realdi propone di modificare la dizione "...è istituita..." con "...il Collegio istituisce..."

Il Presidente legge lo statuto per ciò che concerne la Commissione Scientifica. Fa notare che è necessario stabilire come rappresentare le fasce di docenza e come individuare i candidati.

Il Dott. Sasso sottolinea come nella nomina di una Commissione Scientifica si debba evitare di far sorgere il sospetto di autoreferenzialità e propone pertanto che i suoi membri siano individuati fra i componenti del Settore, la cui produzione scientifica rientri nel più alto quartile di Impact Factor. A suo avviso, chi non si iscrive all'anagrafe scientifica non dovrebbe essere eleggibile nella Commissione, per cui questo criterio potrebbe costituire un incentivo per inserire i propri titoli nell'anagrafe scientifica.

Il Prof. Patrone pone il problema dei criteri scintometrici più adeguati e della autovalutazione.

Il Prof. Rapaccini sostiene che è preferibile una composizione mista da parte delle varie fasce, ma esprime la convinzione che sia necessaria un'Agenzia che si occupi e porti avanti una così onerosa attività valutativa.

Il Prof. Carulli aderisce alla proposta di costituire una Commissione unica con la partecipazione di docenti di tutte le fasce. Il Presidente conferma che è pienamente favorevole all'istituzione di un'anagrafe della ricerca e della corrispondente Commissione Scientifica. La sua perplessità riguarda quindi non la Commissione Scientifica, bensì il suo inserimento nell'ambito del Codice Etico. Ciò per rendere il documento maggiormente condivisibile dall'Assemblea che lo dovrà approvare.

Il Prof. Patrone propone una mediazione, suggerendo che la Commissione Scientifica sia distaccata dal Codice Etico, ma coordinata al lavoro della

Commissione Etica.

Il Presidente, pur apprezzando il tentativo di mediazione, sottolinea che tale soluzione porrebbe la Commissione Scientifica in un ruolo subalterno rispetto alla Commissione Etica.

Il Prof. Corrocher segnala la possibilità di oggettivare con opportuni strumenti bibliometrici la produzione scientifica, sia in valore assoluto sia come incremento della produzione negli anni. Sottolinea che la produzione scientifica della Medicina Interna in Italia è qualitativamente e quantitativamente di buon livello e talora di eccellenza, anche se spesso sottovalutata. Ribadisce che la Commissione Scientifica dovrebbe essere assolutamente indipendente sia dagli eventi concorsuali che da ogni intento di "selezione preconcorsuale". Conclude pertanto che la proposta di inserire nel Codice Etico una Commissione Scientifica nasce dalla volontà di dare maggiore visibilità nazionale al profilo scientifico della Medicina Interna. Egli pertanto auspica una mediazione che consenta di portare avanti tale intento culturale.

Il Prof. Realdi suggerisce di scorporare la Commissione Scientifica e la stessa anagrafe scientifica (che non intende assolutamente sottovalutare) dal corpo del Codice Etico, che rappresenta l'obbiettivo più immediato per il Collegio.

Il Prof. Carulli segnala che occorre un Codice Etico non solo teorico, ma operativo e che dia strumenti concreti per sanzionare operati non coerenti con lo stesso Codice.

Il Prof. Dammacco ritiene che il Codice Etico senza una Commissione Scientifica sarebbe "politicamente" più accettabile dall'Assemblea del Collegio. Suggerisce pertanto di posporre la costituzione dell'anagrafe scientifica ad un successivo momento, quale potrebbe essere l'Assemblea di ottobre p.v. in occasione del Congresso della SIMI.

Il Prof. Corrocher accetta la mediazione del Presidente, ma suggerisce che l'anagrafe scientifica sia indicata già nella prossima Assemblea come uno dei progetti culturali sui quali la Giunta sta lavorando.

La Giunta approva all'unanimità la proposta del Presidente. La stesura definitiva del Codice Etico verrà inviata a tutti gli iscritti al Collegio perché ne prendano visione prima del Congresso del 5 giugno p.v. nel corso del quale sarà portato all'approvazione dell'Assemblea.

#### 4. Griglia di Autovalutazione

In virtù della decisione sopra menzionata, assunta dalla Giunta, viene accantonata la discussione sulla griglia di autovalutazione.

#### 5. V Congresso Nazionale del COLMED/09

Il Presidente illustra brevemente il programma preliminare del V Congresso Nazionale del Collegio. Il Prof. Carulli suggerisce di estendere il tema della prima Sessione (percorsi formativi) dalla Medicina Interna alla Medicina Generale, per rispondere alle esigenze del territorio. Il Prof. Realdi esprime preoccupazione sulla reale possibilità che le due Commissioni congiunte SIMI/COLMED siano in grado di elaborare documenti compiuti in soli due mesi.

Su proposta di Rapaccini, avendo l'Assemblea discusso ampiamente sul Tronco Comune, si decide di lasciare nel programma solo la discussione sulla formazione pre-laurea del medico.

Si definiscono le possibili candidature in merito ai possibili moderatori e relatori delle Sessioni. La Giunta approva quindi il programma definitivo del Congresso.

Non avendo altro da discutere, i lavori della Giunta si concludono alle ore 15.15.

**MED 09**, Bollettino del Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna e delle altre discipline del settore scientifici disciplinari 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