

3/08

BOLLETTINO DEL COLLEGIO DEI DOCENTI UNIVERSITARI DI ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA,
GERIATRIA, MEDICINA DELLO SPORT, MEDICINA INTERNA, MEDICINA TERMALE

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. 32008
Registrazione Tribunale di Ancona n. 12/98 del 12.3.1998

d o s s i e r

Il Percorso Formativo del Tronco Comune per le Scuole di Specializzazione dell'Area Medica

a cura di

Giuseppe Realdi, Giovanni Danieli, Franco Dammacco

con la collaborazione di **Guido Valesini**
Presidente del Collegio dei Referenti delle
Scuole di Specializzazione di Area Medica

Hanno inoltre collaborato: **Nicola Carulli, Roberto Delsignore e Alessandro Lechi** (Medicina Interna); **Sergio Amadori** (Ematologia), **Giuseppe Ambrosio, Maria Penco** (Malattie dell'Apparato Cardiovascolare), **Massimo Andreoni** (Malattie Infettive), **Maria Angela Becchi** (Medicina di Comunità), **Alfredo Berardelli** (Neurofisiopatologia), **Roberto Bernabei** (Geriatria), **Stefano Calvieri** (Dermatologia e Venereologia), **Massimo Casacchia** (Psichiatria), **Francesco Castelli, Vittorio Laghi** (Medicina Tropicale), **Antonio Dal Canton** (Nefrologia), **Gianfranco Delle Fave** (Gastroenterologia), **Luigi Frati** (Oncologia Medica), **Giuseppe Girbino** (Malattie dell'Apparato Respiratorio), **Enrico Lampa** (Medicina Termale), **Gianni Marone** (Allergologia ed Immunologia Clinica), **Corrado Messina** (Neurologia), **Francesco Minuto** (Endocrinologia e Malattie del ricambio), **Riccardo Pini** (Emergenza-Urgenza), **Paolo Zeppilli** (Medicina dello Sport)

Riassunto

Il Tronco Comune (TC) di Area Medica, principale novità del Decreto Ministeriale sul Riassetto delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria, è definito dalla Legge come l'ambito identificato dai settori scientifico-disciplinari (SSD) utili all'apprendimento di saperi comuni, coordinato da un Docente che nell'Area Medica è un Docente di Medicina Interna. Questa innovazione, prevista dall'Advisory Committee on Medical Training dell'Unione Europea fin dal 1978, ha lo scopo prioritario di ridurre la frammentazione e la parcellizzazione del sapere medico specialistico e di individuare e strutturare obiettivi di apprendimento di saperi comuni, indirizzati a far acquisire allo Specializzando la formazione di una visione globale del malato, considerato nella sua individualità e nella sua complessità.

Allo scopo di perseguire questo obiettivo, il Collegio dei Docenti di Medicina Interna (ColMed/09), tramite il suo Presidente e la Giunta, hanno promosso la preparazione di questo documento, in collaborazione con i Docenti dei SSD di Area Medica e con le Scuole di Specializzazione afferenti alle classi della Medicina Clinica Generale, della Medicina Specialistica e delle Neuroscienze e Scienze del Comportamento.

Nella prima parte del documento vengono illustrati il concetto di TC, come si è venuto formando ed evolvendo a livello europeo e nazionale, le finalità e la strutturazione di tale periodo formativo ed i presupposti culturali che sono stati seguiti per l'individuazione degli obiettivi didattici e professionalizzanti. Particolare attenzione è stata dedicata alla descrizione delle modalità di trasferimento e di utilizzo nella realtà clinica quotidiana dei principi propri del metodo clinico, con prioritario richiamo alle fasi del ragionamento clinico e del processo decisionale medico. Sono successivamente descritte le modalità più efficaci di attività didattica per l'insegnamento delle conoscenze e delle competenze professionali che il personale docente dovrebbe adottare in quanto esperto di Medicina Clinica generale.

In questa parte è stata anche sottolineata l'ambiguità della legge in merito alla collocazione del TC nell'ambito del periodo formativo. In realtà, per divenire realmente efficace sul piano dell'apprendimento di una effettiva competenza clinica, tale periodo dovrebbe avere una collocazione e una configurazione autonome e indipendenti dai singoli Corsi di Specializzazione, come di fatto avviene nei Paesi anglosassoni.

Allo scopo di rendere omogenea l'individuazione e la presentazione degli obiettivi formativi, è stata concordata tra le Scuole afferenti all'Area una scheda per la raccolta

strutturata degli obiettivi didattici e professionalizzanti, obiettivi da considerare essenziali per tutti gli Specializzandi di Area medica, nell'intento di far loro acquisire una formazione comune e idonea ad affrontare qualunque tipologia di paziente, con capacità di individuare i problemi clinici in ordine di priorità e di urgenza e proporre soluzioni mediche, attraverso un corretto ragionamento clinico, strutturato su presupposti metodologici comuni.

Gli obiettivi formativi, didattici e professionalizzanti, specifici del TC sono stati suddivisi in tre gruppi riportati come Allegati 1, 2 e 3, in rapporto alle competenze proprie dei SSD, rispettivamente della Medicina Interna (MED/09), delle Scuole di Specializzazione della Classe della Medicina Clinica Generale e delle Classi della Medicina Specialistica, Neuroscienze e Scienze del Comportamento. Questi obiettivi sono riassunti in schede, strutturate sulla base della scheda comune concordata tra le Scuole di Area medica.

Prioritariamente all'esposizione degli obiettivi specifici propri delle discipline del TC, è stata richiamata l'attenzione su quell'insieme di obiettivi formativi che riguardano i valori centrali della Medicina Clinica generale e che si possono riassumere nella capacità di acquisizione della struttura mentale e della razionalità proprie dell'essere Medico. Essi sono riportati in forma descrittiva, insieme con gli obiettivi volti all'acquisizione del metodo clinico. In questo contesto, la Medicina Interna si propone come l'ambito della Medicina Clinica che studia e sviluppa le conoscenze sulle malattie di organi e apparati suscettibili di interagire tra di loro e che pertanto concepisce i fenomeni morbosi dell'ammalato inteso come un tutto in una visione olistica, e non come un insieme di organi da studiare separatamente. Questo aspetto può essere perseguito attraverso il metodo clinico, che consiste nell'applicazione sul campo di una metodologia analoga a quella utilizzata nella ricerca scientifica, richiede sintesi intuitiva delle manifestazioni cliniche osservate, fa appello alla conoscenza e all'esperienza, ed implica una formazione basata sull'osservazione e sulla riflessione dei fatti. Il metodo clinico consiste appunto nell'applicazione della conoscenza, dell'esperienza e della competenza ai problemi del singolo paziente, nello specifico contesto nel quale viene osservato: corsia di ospedale o pronto soccorso, ambulatorio specialistico o di medicina generale. Tali problemi, correttamente definiti con adeguata terminologia medica, sono la fonte delle ipotesi diagnostiche (metodo ipotetico-deduttivo), da respingere o confermare in rapporto all'urgenza clinica ed alla complessità del malato.

Nel capitolo successivo viene presentata

la distribuzione negli anni delle attività didattiche e professionalizzanti, così come concordata con gli Specialisti. La normativa prevede espressamente 60 CFU per la formazione professionalizzante, rispettivamente di Medicina Generale (30 CFU) e di Medicina Specialistica (30 CFU).

Questo programma può essere attuato mediante la frequenza nei reparti sia di Medicina Interna e Geriatria, sia di specialità mediche, attraverso una rotazione che preveda la permanenza degli Specializzandi almeno nei reparti con maggiore impatto epidemiologico nei confronti delle patologie più comunemente osservate. A questo riguardo, vengono proposti dei modelli di rotazione nei vari reparti, concordati tra Internisti e Specialisti d'organo o settore, da attuarsi in rapporto alle varie tipologie di specialità disponibili presso le singole sedi universitarie e alle caratteristiche proprie della Scuola di partenza. Nello stesso capitolo sono anche affrontati argomenti riferiti alla guardia medica e alle attività didattiche elettive.

La certificazione della frequenza diverrà obbligatoria non solo in relazione alla nuova tipologia di rapporto professionale che ogni Specializzando stipula con l'Università attraverso la formula del contratto di formazione-lavoro, ma anche per l'obbligo che ogni Scuola di Specializzazione ha di consegnare allo Specializzando, al termine degli studi, il Diploma di Specializzazione unitamente al cosiddetto Diploma supplement.

Quest'ultimo sarà richiesto ove si intenda far valere la specialità in ambito europeo e registra tutto il percorso formativo seguito dallo Specializzando, con una dettagliata descrizione della tipologia e del numero delle attività teorico-pratiche svolte, nonché del numero dei crediti acquisiti in ogni singolo momento didattico.

Sono infine riportate alcune proposte di verifica dell'apprendimento e di valutazione delle competenze e delle capacità cliniche acquisite. Poiché gli obiettivi formativi concernono l'acquisizione di conoscenze (obiettivi cognitivi), di abilità (gestuali o manuali) e di comportamenti (relazionali), le prove di valutazione proposte sono diversificate in relazione ai risultati che si intende verificare. In questo contesto, viene avanzata un'ulteriore proposta di accertamento della formazione in campo clinico attraverso l'analisi del processo decisionale. Il metodo comprende la valutazione sia dei processi generali (approccio al malato, capacità decisionale, conoscenza, saper fare, relazionalità e comunicazione) che dei processi specifici, e viene attuato con l'impiego della cartella clinica orientata per problemi e per ipotesi diagnostiche.

3

Cari Amici e Colleghi,

Al termine di un lungo e delicato lavoro, portato avanti da una Commissione nazionale *ad hoc* e successivamente dall'Osservatorio sulle Scuole di Specializzazione coordinato dal Prof. Aldo Pinchera, e grazie all'apporto costruttivo dei Collegi e delle Società scientifiche di tutti i settori scientifico-disciplinari, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca aveva varato il Decreto Ministeriale 1° agosto 2005, denominato **“Riassetto delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria”** e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 5 novembre dello stesso anno.

È noto come l'adozione del cosiddetto “Tronco Comune” (TC) sia uno dei punti qualificanti del suddetto Decreto. Esso prevede infatti che, nell'ambito degli obiettivi formativi integrati, lo Specializzando debba “acquisire le conoscenze fondamentali di fisiopatologia dei diversi organi ed apparati, le conoscenze teoriche e pratiche necessarie per il riconoscimento delle malattie che riguardano i diversi sistemi dell'organismo, le conoscenze teoriche e pratiche dei principali settori di diagnostica strumentale e di laboratorio relative alle suddette malattie, l'acquisizione della capacità di valutazione delle connessioni ed influenze internistiche e specialistiche. Deve pertanto saper riconoscere i sintomi e i segni clinico-funzionali con cui si manifestano le malattie di vari organi e apparati, avendo acquisito le conoscenze fondamentali diagnostiche, terapeutiche, psicologiche ed etiche necessarie per una visione globale del paziente e per valutare le connessioni intersistemiche”.

Questi obiettivi devono essere raggiunti da tutti i Medici in formazione dell'Area medica (fatta eccezione, per ovvi motivi, per la classe della Medicina dell'età evolutiva), che compiranno insieme, in un gruppo unico, un percorso, preparato e realizzato congiuntamente da Internisti e da Specialisti, comune perché comuni sono i loro bisogni di formazione.

Nonostante siano trascorsi 3 anni interi dalla data di pubblicazione del Decreto, le oggettive difficoltà alla sua implementazione concreta, derivanti da situazioni largamente variabili da sede a sede, da una certa vischiosa passività al cambiamento, nonché da intuibili, ancorché immotivate resistenze di componenti sia della Medicina Interna che delle specialità d'organo o settore, hanno di fatto relegato il TC in una fase di stallo.

Proprio perché il Decreto prevede che, tra tutte le Scuole di Specializzazione dell'area medica, spetti alla Medicina Interna il compito di organizzare e coordinare le attività del TC, la Giunta Esecutiva del Collegio ColMed/09 ha ritenuto che la Medicina Interna dovesse rendersi parte attiva nell'elaborare un documento articolato e propositivo, la cui stesura è stata affidata ad un gruppo di studio presieduto dal Prof. Giovanni Danieli e del quale hanno fatto parte i Colleghi Nicola Carulli, Roberto Delsignore, Alessandro Lechi e Giuseppe

Realdi. Sono gli stessi Colleghi ai quali si deve la stesura dell'eccellente 'dossier' *“Guida al Nuovo Ordinamento”* per la Scuola di Specializzazione in Medicina Interna, pubblicato sul Bollettino n. 2/06.

D'altra parte, da oltre un anno è operativo il Collegio dei Referenti Nazionali per le Scuole di Specializzazione di area medica, presieduto e coordinato dal Prof. Guido Valesini, Ordinario di Reumatologia presso l'Università di Roma La Sapienza. Oltre ad esporre la posizione del Collegio dei Referenti sul TC in occasione del 4° Congresso Nazionale del ColMed/09 (Roma, 6 giugno 2008), il Prof. Valesini ha collaborato attivamente alla stesura del presente documento ed ha svolto un'encomeabile ed incisiva azione di sensibilizzazione e coinvolgimento dei Referenti delle altre Scuole di Specializzazione delle classi della Medicina Specialistica e delle Neuroscienze.

Partendo dall'impostazione concettuale, dalle finalità e dai contenuti formativi del TC, il nostro documento illustra le attuali modalità attraverso le quali, con il sostanziale superamento della cosiddetta didattica frontale, lo Specializzando può ampliare il proprio bagaglio conoscitivo e la propria formazione professionale. Si passa quindi a considerare gli obiettivi formativi, didattici e professionalizzanti della Medicina Interna e delle altre Scuole della Medicina Clinica Generale, delle Scuole della Medicina specialistica nonché delle Scuole relative alle Neuroscienze ed alle Scienze del comportamento. Per ognuna di tali Scuole, tali obiettivi sono chiaramente elencati in schede sintetiche, riunite per gruppi nei primi tre Allegati.

Seguono proposte concrete di distribuzione delle attività nell'arco di un quinquennio, la preziosa ed insostituibile esperienza connessa alla guardia medica, le diverse possibilità di attività didattica elettiva e le modalità di certificazione delle attività svolte e di verifica delle competenze acquisite. Modelli/proposte rispettivamente del Libretto-diario dello Specializzando e di una cartella clinica orientata per problemi ed ipotesi diagnostiche sono presenti nel sito web del Collegio.

Come si sottolinea nel testo, l'impostazione di questo documento è riferita ad una Facoltà di Medicina e Chirurgia di medie dimensioni numeriche. Essa presuppone pertanto che nelle condizioni opposte dei grandi e dei piccoli numeri le modalità attuative del TC debbano essere adattate alle singole situazioni. Inoltre, non è difficile immaginare che dall'esperienza connessa all'effettiva adozione del TC possano derivare (ed è questo l'auspicio della Giunta Esecutiva del nostro Collegio), da parte del corpo docente, ma anche dagli Specializzandi, suggerimenti e modifiche in grado di rendere l'attuazione operativa del TC sempre più idonea a formare le nuove leve di Medici Specialisti, chiamati a svolgere la loro professione in un contesto ben più ampio degli ormai angusti confini nazionali.

Franco Dammacco
Presidente del Collegio ColMed/09

1. Introduzione

1.1 IL CONCETTO DI TRONCO COMUNE E LA NORMATIVA NAZIONALE

Nel Decreto Ministeriale sul "Riassetto delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria" (*Gazzetta Ufficiale n. 258 del 5.11.2005, Supplemento Ordinario n. 176*), tra le numerose novità contemplate, la più rilevante sul piano dei contenuti formativi è senza dubbio l'istituzione del Tronco Comune (TC). Esso è definito dalla legge come "ambito identificato dai settori scientifico-disciplinari utili all'apprendimento di saperi comuni, coordinato da un Docente che nell'area medica e nell'area chirurgica va identificato, rispettivamente, nel Docente di Medicina Interna e nel Docente di Chirurgia Generale...".

Allo scopo di comprendere questa indicazione della legge e di proporla la sua concreta modalità di attuazione nelle Scuole di area medica in generale, e nella Scuola di Specializzazione in Medicina Interna in particolare, è opportuno risalire alle motivazioni che, fin dal 1978, erano state indicate agli Stati membri dell'Unione Europea dall'*European Community Advisory Committee on Medical Training* (Comitato Consultivo per la Formazione Medica della Comunità Europea). Giova ricordare anche che il contributo più rilevante alla elaborazione delle linee di indirizzo che portarono alla formulazione del TC in sede europea fu dato dal Prof. Mario Sangiorgi, già Presidente della Sezione di Medicina Interna dell'Unione Europea Medici Specialisti, il quale ebbe modo di illustrare in ambito nazionale, in varie occasioni congressuali (soprattutto in sede SIMI) ed in alcuni editoriali, i contributi della Commissione ed il lento procedere della riforma (una completa sintesi è riportata in "La Formazione del Medico" 1993; vol. 7, pagg. 30-37).

È opportuno fare specifico riferimento ad alcune frasi di Sangiorgi, riportate nell'articolo che, seppur scritte oltre 15 anni fa, sono quanto mai attuali oltre che significative: "Le raccomandazioni relative all'adozione di un TC di preparazione iniziale per specialità affini, aventi cioè una matrice e una base culturale comuni, riflettono la situazione di

grave disagio, esistente allora (il riferimento è all'epoca della prima formulazione in sede europea del TC- 1978-NdR) e per molti aspetti ancora invariata, che la frammentazione delle conoscenze nelle tante specialità ha determinato nei riguardi della formazione specialistica", frammentazione che ha di fatto portato a una "parcellizzazione del sapere con enormi ripercussioni, prevalentemente sfavorevoli, sia della pratica clinica e dell'organizzazione dell'assistenza, che della didattica nel corso di laurea e nei corsi di specializzazione post-laurea... Per limitarsi alla formazione specialistica, l'aspetto più negativo è costituito dalla possibilità per il neo-laureato di entrare, come tirocinante, direttamente in una qualsiasi specialità, cosicché la sua preparazione teorica e pratica finirà per essere strettamente confinata al campo della disciplina oggetto della sua attività professionale".

Facendo poi riferimento alla relazione della Commissione Europea del 1983, scrive ancora: "... è desiderabile che tutte le specializzazioni abbiano una parte formativa comune, grazie alla quale il futuro Specialista possa acquisire esperienze in materie affini alla sua e approfondire nozioni fondamentali di salute e malattia, onde formarsi una solida base per la vera e propria specializzazione... L'adozione del principio del TC costituisce un elemento fondamentale di garanzia nella formazione specialistica. La sua applicazione ha conseguenze profonde sulla natura e sul contenuto effettivo della formazione e ha anche implicazioni relative alla sua durata".

In Italia, il Decreto del 2005 sopra citato è venuto a colmare una lacuna che durava da parecchi anni e che vedeva il nostro quale unico Paese della Comunità Europea a non aver ancora adottato il TC. Come è indicato nella introduzione agli articoli della legge, il decreto ha voluto far fronte alla "necessità di raccogliere in un unico provvedimento gli ordinamenti didattici delle Scuole di Specializzazione mediche a normativa CEE e per le esigenze del Servizio sanitario nazionale, finalizzandoli al conseguimento di una piena e autonoma capacità professionale

dello Specializzando, fondata su una solida base scientifica".

A fronte della obbligatorietà del TC, corrispondente a reali e ineludibili necessità di ordine culturale e formativo, la legge stabilisce solo il numero dei Crediti Formativi Universitari (CFU) attribuiti al TC nell'ambito delle attività cosiddette caratterizzanti. Tali crediti è specificato che vengano distribuiti "nell'intero percorso formativo". Tuttavia, la legge non indica le modalità di attuazione del TC ed i suoi contenuti formativi, e solo in parte (nella sezione dedicata alla distribuzione delle attività formative) i SSD ai quali attingere per l'identificazione dei contenuti e dei Docenti. Evidentemente il legislatore ha inteso dare ampia libertà ai singoli Consigli delle Scuole, sia nella identificazione degli obiettivi formativi, sia nella loro organizzazione e distribuzione nell'arco della durata del corso, obbligando in qualche modo le Scuole stesse e i Docenti a un dialogo tra di loro, nell'intento di superare quella incomunicabilità culturale e professionale, ma spesso anche caratteriale, venutasi a formare e sedimentare nel corso dell'evoluzione storica delle istituzioni accademiche nazionali. Ma il Decreto presenta anche altre difficoltà di interpretazione. Infatti, il comma 7 dell'art. 2 parla di *TC di Area (Medica, Chirurgica e dei Servizi)*, coordinato, come è stato già detto, da un Docente che nell'Area Medica e nell'Area Chirurgica va identificato rispettivamente nel Docente di Medicina Interna ed in quello di Chirurgia Generale. Pertanto, questa disposizione di legge sembra indicare la costituzione di un TC proprio per tutta l'Area Medica. Ricordiamo che l'Area Medica contiene le seguenti quattro classi:

- *la classe della Medicina Clinica Generale*, a sua volta comprendente le tipologie delle Scuole di Specializzazione in Medicina Interna, Geriatria, Medicina dello Sport, Medicina Termale, Oncologia Medica, Medicina di Comunità e, più recentemente, Medicina d'Emergenza-Urgenza;
- *la classe della Medicina Specialistica*, comprendente le tipologie di 11 Scuole di Specializzazione proprie delle specialità mediche;

5

- la classe delle *Neuroscienze e Scienze Cliniche del Comportamento*, comprendente le tipologie di 4 Scuole di Specializzazione;

- la classe di *Medicina Clinica dell'Età Evolutiva*, comprendente la tipologia della Scuola di Specializzazione in Pediatria.

In realtà, nella successiva descrizione dei profili di apprendimento della classe sono riportati per ciascuna delle classi, sotto una specifica intestazione di pagina denominata "Obbiettivi formativi", gli "Obbiettivi formativi integrati, ovvero Tronco Comune" precisati come l'acquisizione di "una soddisfacente conoscenza teorica e competenza professionale nel riconoscimento e nel trattamento, anche in condizioni di emergenza-urgenza, delle più diffuse patologie" con successiva indicazione degli ambiti che le comprendono, come espressamente recitato dalla legge.

Un altro aspetto da considerare riguarda la classe della Medicina Clinica Generale e quindi più direttamente gli Internisti. Nella citazione che la legge fa di TC, si riporta che esso è "identificato dai settori scientifico-disciplinari utili all'apprendimento di saperi comuni". Definizione peraltro non chiara. Infatti, se le varie discipline specialistiche sono, ognuna, caratterizzate da uno specifico SSD che le definisce nelle loro specificità culturali, tecnologiche e applicative, il SSD della Medicina Interna comprende più ambiti disciplinari, aventi contenuti culturali e applicativi differenti. Come si pone il problema del TC all'interno della classe della Medicina Clinica Generale?

L'approccio al singolo paziente da parte dell'Internista, del Geriatra, dell'Oncologo, del Medico di Medicina generale, per citare solo le tipologie a maggior impatto clinico, è diverso per ognuna di queste categorie di Specialisti, oppure si tratta di un unico approccio, diversificato poi da contesti differenti e dalla necessità di affrontare e risolvere specifici problemi diagnostici, terapeutici, preventivi, riabilitativi e conservativi?

Nella presentazione della normativa per il TC si scorgono pertanto lacune ed imprecisioni, che rendono difficile una sua adeguata attuazione. Sembra di percepire un'eccessiva attenzione

da parte del legislatore per le discipline specialistiche, d'organo o settore, con permanere di retaggi responsabili dell'attuale frammentazione e dispersione del sapere medico, verosimile conseguenza di un'impostazione eccessivamente riduzionistica, che sembra impregnare l'intera impostazione culturale relativa alle riforme degli ordinamenti didattici delle scienze della salute di questi ultimi decenni. Per quanto concerne il TC, la legge sul riassetto delle Scuole di Specializzazione fornisce elementi incompleti per un'adeguata individuazione e strutturazione di **obbiettivi di apprendimento di saperi comuni, indirizzati a far acquisire allo Specializzando una visione globale del malato, nella sua individualità e nella sua complessità**, con una piena integrazione di tutte le conoscenze e le competenze. In particolare, mancano riferimenti all'insegnamento e all'apprendimento di quell'insieme di contenuti e di norme che rendono possibile il trasferimento della conoscenza e delle leggi mediche alla realtà concreta dell'essere Medico, cioè il **metodo clinico**. Questo, peraltro, è l'aspetto caratterizzante proprio della Medicina Interna.

1.2 FINALITÀ E STRUTTURAZIONE DEL TRONCO COMUNE

In un precedente contributo elaborato dal gruppo di lavoro istituito dalla Giunta del Collegio ColMed/09, intitolato "Guida al Nuovo Ordinamento", era stato fornito un quadro generale del provvedimento legislativo, cercando di illustrare le rilevanti novità della legge, tra le quali quella appunto sul TC. Si era trattato necessariamente di un inquadramento panoramico, con l'intenzione di esplicitare il significato delle differenti attività formative, proporre una loro distribuzione negli anni, definire il rapporto tra attività didattica e professionalizzante, individuare alcuni strumenti di verifica e di registrazione dell'attività svolta e di valutazione finale. I rapporti con le altre Scuole di Specializzazione, all'interno della classe e nell'ambito dell'area, erano stati solo accennati, nella prospettiva di un successivo lavoro, nel quale contenuti didattici e professionalizzanti sarebbero stati concordati collegialmente tra le Scuole di Specializzazione di Area

Medica. Il lavoro è giunto ora al suo compimento e viene proposto a tutte le Scuole attraverso questo documento che riguarda specificamente il TC, essendo questo l'ambito previsto dalla legge per l'acquisizione di saperi comuni, nell'ottica di una formazione generale e completa dello Specializzando, integrata nel contempo dall'apprendimento del metodo clinico.

A seguito di incontri con i rappresentanti dell'Intercollegio, sono state concordate, per la costruzione del TC, linee operative relative sia ai contenuti che alla distribuzione dell'attività didattica durante gli anni di corso. Per quanto concerne i contenuti, ferma restando la libertà di ogni singola Scuola di adottare il curriculum che ritiene più adeguato, è stata predisposta una scheda per la raccolta di dati, da completare da parte dei Collegi di tutte le Scuole di Specializzazione, scheda che dovrebbe rappresentare il contributo culturale e formativo che ogni singola Scuola intende mettere a disposizione del TC tramite i propri docenti afferenti al SSD specifico della Scuola. Il modello della scheda è riportato nel capitolo 2, pag. 10. Nella scheda vengono distinti: a) gli obbiettivi dell'attività formativa didattica, perseguibili tramite lezioni o seminari; b) gli obbiettivi dell'attività formativa professionalizzante, da maturare sul campo, prevalentemente in corsia o in ambulatorio o anche nei laboratori di diagnosi, distinti in discussione di casi clinici, prevalentemente in piccoli gruppi, partecipazione attiva ad alcune manovre diagnostiche e richiesta, comprensione e interpretazione di test diagnostici e di laboratorio.

Pertanto, alla luce delle premesse formulate, lo scopo principale di questo documento è stato, in primo luogo, rendere operative le indicazioni della legge, anche con integrazioni concordate collegialmente tra Scuole della classe della Medicina Clinica Generale e Scuole della Medicina Specialistica e delle Neuroscienze; in secondo luogo, individuare gli obbiettivi ritenuti indispensabili per una formazione generale, che consenta allo Specializzando di **essere Medico**, dotato quindi non solo di un solido bagaglio di conoscenze, ma anche capace di seguire un metodo di approccio al malato che, attraverso il ragionamento clinico, gli permetta

di prendere decisioni basate sulla logica e sulle migliori conoscenze scientifiche, nel rispetto della individualità del malato, dei suoi valori e delle sue aspettative e nel contesto familiare e sociale nel quale si trova a vivere.

L'obiettivo del TC è sicuramente di grande rilevanza per la strutturazione mentale e culturale di base dello Specializzando, in quanto esso viene ad espandere e implementare la formazione acquisita durante il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, ma anche a completare le lacune accumulate durante il Corso stesso, quali la frammentazione delle conoscenze, la parziale acquisizione di una gerarchia di gravità e di urgenza dei problemi del Paziente, la scarsa conoscenza teorica e pratica del metodo clinico, la frequente scarsa conoscenza o ignoranza dei principi dell'autoapprendimento e dell'accesso alle fonti delle informazioni scientifiche e della loro consultazione attraverso la rete.

Data la rilevanza soprattutto pratica del TC, non si può non far cenno a due ulteriori aspetti carenziali della legge, oltre a quelli già precedentemente citati. Il primo riguarda il numero di CFU assegnati al TC, soprattutto per le attività professionalizzanti, cioè quelle attività che consentono un reale apprendimento di competenze e di attitudini per lo svolgimento della professione medica. In questo senso, le indicazioni della Commissione Europea erano per un TC di almeno 2 anni. In alcuni Paesi europei (Belgio, Gran Bretagna, Irlanda, Danimarca, Olanda) il TC è di 3 anni, dei quali due terzi da trascorrere in Medicina Interna. Quindi, il provvedimento legislativo attribuisce al TC un tempo (o una quantità di CFU) che è da considerare decisamente insufficiente.

Il secondo aspetto riguarda la collocazione del TC nell'ambito del periodo formativo. Data la sua importanza nella formazione professionale dello Specialista, esso dovrebbe avere collocazione e configurazione indipendenti e autonome, come di fatto avviene in vari paesi europei. Ciò non significa che esso debba essere gestito dalla Medicina Interna. L'Internista può e deve rimanere il coordinatore del TC, compito che di fatto la legge gli attribui-

sce in virtù dell'impostazione mentale, culturale e professionale di tipo olistico che gli è propria, e quindi volta ad affrontare, anche nell'organizzazione generale del corso, una concezione e una strutturazione che supera l'insieme delle parti e coinvolge anche aspetti che vanno oltre la componente puramente conoscitiva e scientifica della realtà percepibile. Tuttavia, va sottolineato che le competenze didattiche, culturali e professionali che concorrono alla costruzione della formazione professionale propria del TC sono molteplici, anche nell'ambito degli stessi Internisti, cioè dei Docenti afferenti al SSD MED/09, i quali, come già si è detto, professano saperi differenti con capacità e competenze volte alla soluzione di distinti problemi, individuali e sociali, di salute. Ne deriva la necessità di costruire un *corpus* di obiettivi che dovrebbe essere più adeguatamente affrontato, sviluppato e acquisito dagli stessi Specializzandi, in una strutturazione autonoma e non condizionata da tensioni e richiami prematuramente specialistici. Tale *corpus* di dottrina e di didattica verrebbe di fatto a porsi nell'intermezzo tra Corso di Laurea e Specializzazione vera e propria, facendo come da ponte tra un primo periodo di formazione, prevalentemente teorico e inesorabilmente frammentato, e un terzo periodo, di netta immersione nella specialità a tutti gli effetti. Il periodo intermedio sarebbe destinato a far apprendere conoscenze e competenze in tutti i settori principali della Medicina, applicati sul campo attraverso un reiterato esercizio del metodo clinico, che gradualmente rende il giovane Medico capace di ragionamento clinico e di capacità decisionali autonome.

La prima parte della formazione medica, vale a dire il Corso di Laurea, dovrebbe quindi essere destinata alla preparazione della mente all'azione, con l'acquisizione di conoscenze che si vanno strutturando in saperi che si espandono come cerchi eccentrici, dove la parte centrale è costituita dalle conoscenze di base (soprattutto Medicina Molecolare, Biologia, Psicologia), attorno alle quali si vanno aggregando le conoscenze di Medicina Sistemica, Metodologia Clinica e attitudine al ragionamento e

alla capacità decisionale.

La seconda parte del corso di formazione medica dovrebbe essere dedicata all'applicazione sul campo delle conoscenze acquisite e pertanto all'esercizio della medicina in ospedale e nel territorio, seguendo, come traccia formativa, il percorso del malato, ma sempre in un'ottica di formazione unitaria e olistica. Questa è la parte propria del TC.

La terza parte è quella specialistica vera e propria, con *full immersion* dello studente in ambito culturale e professionale specialistico e con acquisizione delle competenze proprie del settore.

Anche se questo è per ora un auspicio, è tuttavia da considerare una ipotesi da suggerire fin d'ora al legislatore, in previsione di modifiche e miglioramenti della legge. La rilevanza del problema non consente di tacere su questa proposta, peraltro ampiamente condivisa non solo dagli Internisti ma anche da tutto l'ambito clinico.

Nel presente documento il Gruppo di Lavoro del nostro Collegio intende proporre una strutturazione generale, nella quale vengono delineati due gruppi di obiettivi:

a) quelli propri della Medicina Interna, obiettivi cioè che la Medicina Interna intende proporre a se stessa in primis, e poi alle Scuole di Specializzazione di Area Medica. Poiché il SSD MED/09 comprende più Scuole di Specializzazione, questo gruppo di obiettivi è stato a sua volta suddiviso in obiettivi propri della Medicina Interna in senso stretto (cap. 3, all. 1) ed obiettivi formulati e proposti dalle Scuole afferenti alla classe (all. 2). Come già riportato nel precedente lavoro del Gruppo, questo insieme di obiettivi potrebbe essere inteso come un *core curriculum* condiviso, con attuazioni pratiche sicuramente differenziate. Mentre, infatti, si concorda sull'opportunità, dettata anche da contingenze locali, di permanenza degli Specializzandi in Medicina Interna ed in Geriatria nei rispettivi reparti (peraltro con auspicate rotazioni da un reparto all'altro), nel caso della Medicina dello Sport, della Medicina Termale o dell'Oncologia Medica, un lungo tirocinio in Medicina Interna, anche superiore ai CFU previsti dalla legge, dovrebbe essere garanzia di

7

una formazione clinica adeguata;
 b) gli obiettivi che le altre Scuole di Specializzazione di Area Medica (Medicina Specialistica e Neuroscienze) propongono al TC, sia per la Scuola di Specializzazione in Medicina Interna (obiettivi che pertanto la Scuola fa suoi), sia per le altre Scuole di Area Medica, ognuna delle quali peraltro è libera di accettare totalmente o parzialmente le proposte e di inserire nel proprio curriculum di TC gli obiettivi descritti. Questi ultimi, definiti come *obiettivi di Area*, sono riportati nell'allegato 3 del presente documento.

Allo scopo di precisare ulteriormente la distribuzione degli obiettivi e il numero di CFU loro assegnato in base alla normativa, si propone lo schema indicato in tabella.

1.3 I CONTENUTI FORMATIVI DEL TRONCO COMUNE

Le linee generali dei contenuti del TC erano state definite dall'E.C. *Advisory Committee on Medical Training*, a Bruxelles, oltre 15 anni fa e riportati in una *Carta di Formazione dei Medici Specialisti Europei*. Il Prof. Mario Sangiorgi così riassume quanto proposto in sede europea:

“Il periodo di formazione del TC per gli Specializzandi delle discipline della Patologia Interna deve consentire di acquisire innanzitutto una preparazione la più ampia possibile nel campo della Medicina Interna. Questa è infatti la disciplina madre da cui sono derivate le varie specialità affini e comprende un corpo di dottrina quanto mai esteso riguardante tutte le patologie di organo o apparato relative alle malattie degli organi interni Ma senza dubbio l'a-

spetto formativo più importante del periodo di TC è quello di fare apprendere allo Specializzando oltre i contenuti della Medicina Interna (MI), anche, e forse soprattutto, il “metodo” che le è proprio, che è immutabile e che differisce da quello di tutte le altre specialità. La MI è una specialità multidisciplinare, che però non costituisce la semplice somma delle varie branche che la compongono, ma ha una sua connotazione precisa conferitale dalla metodologia “globale” di approccio clinico-diagnostico e terapeutico al malato nella sua unitarietà psico-fisica ed alla malattia nei suoi rapporti con l'intero organismo.... Per raggiungere questo scopo il TC deve venire espletato sotto la guida di un Internista molto qualificato e di collaboratori capaci, di uno staff cioè che abbia una lunga, profonda e provata competenza nel campo della MI, in reparti o strutture in cui realmente si pratica la MI, dove cioè la patologia di riferimento non solo è vasta, ma soprattutto non selezionata, una patologia possibilmente di “primo intervento”.... All'estero il tirocinio viene effettuato quasi sempre in strutture miste universitarie ed ospedaliere, dove non esistono limitazioni in tal senso, seguendo il principio della rotazione, proprio per consentire una formazione il più possibile proficua”.

Parole decisamente illuminanti, queste di Sangiorgi, sia per il riferimento ai contenuti del TC, sia per la sollecitazione ad una docenza qualificata, esperta e competente nel campo della Medicina Interna, sia infine per il chiaro indirizzo alla frequenza degli Specializzandi in reparti con patologia “di primo intervento”, di tipo generale,

seguendo il principio della rotazione, e quindi della possibilità di esperienze molteplici e diversificate, in strutture non solo universitarie, ma anche ospedaliere, indicazioni che anche la normativa italiana ha recepito nella legge sulle aziende ospedaliere.

Può essere tuttavia opportuno dedicare attenzione, seppure sinteticamente, proprio ai contenuti, sia per proporre una priorità di conoscenze da apprendere, una specie di *core curriculum*, sia per meglio definire il concetto di metodo. Gli obiettivi formativi, didattici e professionalizzanti, che di seguito vengono elencati, traggono lo spunto e sono stati individuati e selezionati proprio alla luce di questi concetti generali.

Le due caratteristiche peculiari non solo della Medicina Interna, ma della Medicina clinica in generale, sono **l'approccio olistico al Paziente e l'applicazione di una metodologia clinica ai problemi del singolo Paziente**. L'approccio olistico al Paziente comporta una conoscenza approfondita della Medicina, dalle scienze di base a quelle cliniche. Questa conoscenza è specificata in un insieme di leggi, regole e norme che, globalmente, rappresentano la nosografia medica e che contiene in sé uno sterminato elenco di malattie, di patologie e di sindromi, le quali peraltro esistono solo nei trattati di Medicina e negli scaffali delle biblioteche. Il trasferimento delle verità contenute nelle leggi mediche alla realtà vivente, cioè la prassi epistemologica, avviene attraverso l'applicazione del metodo clinico e si estrinseca nel tentativo di dare una spiegazione, logica e scientifica, a quell'insieme di deviazioni dalla normalità, percepite e riferite dal malato come sintomi e segni. Il *metodo clinico* si può definire come quel processo logico che cerca la spiegazione dei fenomeni patologici, riferiti o riscontrati nel singolo Paziente, attraverso una ricostruzione storica e un'analisi attuale dei fatti accaduti. Questa spiegazione si concretizza nella diagnosi, che è una interpretazione dei sintomi, dei segni e dei dati acquisiti dal Paziente e che serve a collocare questo insieme di alterazioni in una categoria nosologica, chiamata malattia. La prima fase del ragionamento clinico è pertanto la capacità di individuare i pro-

Periodo formativo	Durata	Obiettivi
1° periodo	circa 6 mesi	<i>Imprinting</i> nella Scuola di origine
2° periodo	circa 6-8 mesi (30 CFU)	TC con formazione internistica (Capitolo 3, Allegati 1 e 2 del presente documento)
3° periodo	circa 6-8 mesi (30 CFU)	TC nelle Medicine specialistiche (Allegato 3 del presente documento)
4° periodo	24-36 mesi	Frequenza nella propria Scuola di Specializzazione con eventuale ulteriore rotazione in poli
5° periodo	6-12 mesi	Tesi di specialità, ricerca, <i>stage</i> all'estero

blemi del Paziente, problemi che saranno indicati con nome medico e che riguardano il Paziente considerato nella sua globalità (Scandellari, 2005; Pagliaro, 2006; Bowen, 2006; Realdi, 2008). Gli obiettivi propri di ogni singola fase del processo diagnostico e decisionale riportati più avanti sono proposti come elenco dei problemi più frequenti e più rilevanti che il Medico può riscontrare nei singoli Pazienti. Essi costituiscono obiettivi formativi che richiedono momenti dedicati di didattica formale e di prassi medica attraverso l'apprendimento del ragionamento clinico attuato sul singolo individuo malato. Allo scopo di rendere la presentazione dei problemi maggiormente aderente alla realtà clinica, essa è stata inserita nel contesto del *percorso del malato*, cioè di quel succedersi di situazioni cliniche che il Paziente viene a vivere nei differenti contesti ambientali nei quali si può trovare, a domicilio o al pronto soccorso o nelle corsie di ospedale o nel momento della dimissione.

Già nel 1996 Borghetti aveva proposto di considerare il percorso del paziente internistico polipatologico come modello di riferimento di prassi clinica, medica, assistenziale e organizzativa, con individuazione dei servizi più idonei e diversificazione dei compiti del personale medico e paramedico. Attualmente il problema viene riproposto da parte dei sistemi sanitari soprattutto dei Paesi anglosassoni con ipotesi di soluzioni innovative, non solo sul piano logistico e organizzativo, ma anche con un diverso modo di prestare assistenza medica a questi malati (NHS: *National Institutes for Health and Clinical Excellence*, 2007) con attuazioni favorevoli anche in alcune strutture aziendali italiane.

In breve, il percorso del malato può essere sostanzialmente suddiviso in quattro tappe:

a) *L'accesso al Pronto soccorso*: in questo stadio si può trattare di un Paziente instabile o a rischio, nel qual caso vengono richieste competenze e prestazioni di emergenza e di urgenza; oppure può trattarsi di un Paziente anziano, polipatologico, a rischio di fragilità, per il quale si rende necessaria un'immediata valutazione geriatrica, con assegnazione di un vero e proprio

codice geriatrico.

b) *Il ricovero in Reparto medico*: è questa la seconda fase, dopo la precedente: qui il paziente, che per definizione è acuto, essendo egli stato ricoverato, può essere critico, cioè avere sintomi che fanno presumere anche un rischio di morte (o presentare momenti di criticità) e richiedere di essere stabilizzato o almeno che vengano escluse possibili patologie a rischio, con acquisizione della diagnosi conclusiva. Questo è chiaramente il compito del Medico Internista e del Geriatra, nel caso di pazienti fragili e a rischio di scompenso funzionale o cognitivo (*codice geriatrico*), coadiuvati dagli Specialisti.

c) *La dimissione*: questa fase è caratterizzata dall'epicrisi della malattia e dalla stesura della relazione di dimissione con la diagnosi, la prescrizione terapeutica e dietetica, il *follow-up* e i controlli periodici; questo è compito del Medico Internista e/o del Geriatra per la valutazione della fragilità funzionale o cognitiva, in questo caso anche con l'intervento del servizio di continuità delle cure per la migliore collocazione del Paziente a domicilio.

d) *La vita a domicilio (nel territorio)*: il malato con monopatologia o stabile sarà seguito dal Medico di Medicina generale, eventualmente con periodici controlli della sua malattia se cronico; per i malati con polipatologia o fragilità o disabilità, si rende necessaria la presa in carico del Paziente da parte dei servizi del territorio, con UVG (Unità di Valutazione Geriatrica), coordinamento assistenziale e coinvolgimento del Medico di Medicina generale. In questa fase, le competenze chiamate in causa sono multiple: Medico di Medicina generale, Geriatra e servizi del territorio, con la opportunità di un collegamento in rete con i servizi ospedalieri in reparti geriatrici per acuti e Day Hospital.

Il percorso del Paziente, delineato in questa breve sintesi, può costituire un modello di riferimento per costruire e definire obiettivi formativi, didattici e professionalizzanti, come di fatto si è cercato di fare nei capitoli di questa guida. Tale modello può altresì essere utilizzato per individuare momenti distinti di richieste e di necessità assistenziali in rapporto ai problemi del Paziente e per definire le competenze

cliniche, mediche, infermieristiche, organizzative e di coordinamento del personale sanitario. Come è facilmente intuibile, in questo modello strutturale e organizzativo ogni professionista fa ciò di cui è esperto e competente. Trasferito a modelli didattici e formativi, ogni Docente insegna ciò di cui è particolarmente esperto o che è in grado di coordinare e dirigere.

1.4 MODALITÀ DI ATTIVITÀ DIDATTICA DEL TRONCO COMUNE

La trasmissione degli obiettivi didattici e professionalizzanti del TC avviene attraverso vari canali, diversi a seconda dello scopo che ci si prefigge, vale a dire implementare il sapere e quindi espandere la conoscenza allo scopo di ampliare le basi per una buona capacità decisionale medica, promuovere il saper fare, e quindi imparare ad eseguire una determinata manovra diagnostica o terapeutica, sviluppare il saper essere mediante acquisizione di un'attitudine mentale e comportamentale di tipo empatico, capace di stabilire e mantenere un adeguato rapporto relazionale con il paziente ed i suoi familiari.

Come si è detto nella precedente Guida, il provvedimento legislativo ha distinto le attività formative in didattiche e professionalizzanti. Alle attività didattiche è attribuito meno di un terzo (90) dei 300 CFU totali. Se si tolgono i CFU per la tesi e per la lingua straniera, rimangono 70 CFU per la didattica teorica o *ex cathedra*, da distribuire nei 5 anni. Al TC sono riservati 21 CFU (Fig. 1). Tale ridotto numero di CFU, e quindi di tempo da impegnare per la didattica teorica, sottolinea la prevalente rilevanza assegnata alla formazione professionalizzante sul campo. Ciò non significa tuttavia togliere peso e significato alla conoscenza teorica, che deve mantenere il suo ruolo prioritario onde acquisire conoscenze indispensabili per la decisione medica. Una mente da Medico è una mente piena di teorie, di conoscenze, di nuove acquisizioni, che vengono continuamente utilizzate, attraverso il ragionamento clinico, nella soluzione dei problemi pratici posti dall'esperienza quotidiana. Il problema è proporre le modalità più

9

proficue ed appetibili di tale formazione teorica.

Le *letture* e le *lezioni tradizionali* hanno sicuramente perduto di rilevanza e possono essere riservate alla presentazione di specifiche problematiche, di acquisizioni recenti, di progressi scientifici reali, eventualmente presentati dagli stessi ricercatori e studiosi autori di nuove scoperte o ricerche. E' preferibile ricorrere a *seminari* con l'individuazione di argomenti ben definiti, con riferimenti fortemente clinici, possibilmente con il coinvolgimento degli stessi Specializzandi, che vengono in tal modo chiamati in causa nell'apprendimento e nella contemporanea verifica dell'apprendimento stesso, attraverso la soluzione di casi clinici. Un metodo di notevole efficacia e di provata esperienza è ad esempio il programma MKSAP: *Medical Knowledge Self Assessment Program dell'American College of Physician*, ora giunto alla 14a edizione e ampiamente utilizzato, sia nella Scuola di Specializzazione in Medicina Interna, sia nell'aggiornamento continuo dei Medici americani. Qualche anno fa, il nostro Collegio di Medicina Interna, per iniziativa del Presidente Prof. Franco Dammacco, ne aveva fornito una traduzione italiana di una precedente edizione inglese. Questo metodo presenta sia un aggiornamento puntuale delle nuove conoscenze mediche, sia una verifica dell'apprendimento attraverso presentazione di casi clinici, con domande a scelta multipla, e con indicazione della risposta corretta e della motivazione di tale risposta.

Altro metodo di sicura efficacia è la *presentazione con discussione collegiale di casi clinici*. Questo metodo è utile per presentare sia casi di Pazienti con caratteristiche cliniche inusuali, ma con diagnosi poi relativamente comune sia per casi insoliti con diagnosi rare. In entrambe le situazioni la loro presentazione e discussione è utile per apprendere e archiviare nella mente modelli

di presentazioni cliniche, da richiamare poi quando nell'esperienza si ripresenti un caso simile. I casi clinici, tuttavia, devono essere preparati preventivamente e presentati con intelligenza, quasi come una sfida da proporre agli Specializzandi, che vengono invitati e coinvolti personalmente alla soluzione "logica" del caso stesso, partendo dal problema principale che ha portato il Paziente all'osservazione medica, proponendo le ipotesi diagnostiche maggiormente plausibili relative al o ai problemi clinici del Paziente, e poi indicando le indagini diagnostiche dotate di maggiori caratteristiche di sensibilità e specificità, selezionate nell'ottica di escludere o confermare le ipotesi e successivamente proponendo il tipo di terapia sulla base delle prove di efficacia disponibili, adattando la scelta alle caratteristiche individuali del Paziente.

Infine, un ulteriore metodo di formazione, di apprendimento e contemporaneamente anche di verifica è *l'attività clinica sul campo, in corsia o in ambulatorio*. Questo è sicuramente il metodo più stimolante e più aderente alla realtà della professione medica. Tuttavia, anche questo metodo, affinché diventi realmente efficace e foriero di una progressiva maturazione clinica dello Specializzando, deve essere programmato, strutturato, verificato e guidato da un tutore, che può essere anche uno stesso Specializzando degli ultimi anni o un Medico esperto. Noi riteniamo che l'esperienza in corsia o in ambulatorio sia l'occasione per lo Specializzando per imparare da un lato il metodo clinico, dall'altro la capacità di formulare diagnosi e di prendere decisioni mediche, diagnostiche e terapeutiche, e contemporaneamente per acquisire le competenze di relazionalità e di empatia che gli permettono di "saper essere Medico". Come si è detto, questo processo è e deve essere graduale, con progressiva assunzione di responsabilità, con continua veri-

fica e discussione dei progressi compiuti, con periodica, anzi giornaliera discussione di tutto quanto viene visto, fatto, deciso. Lo strumento migliore che raccoglie non solo i fatti che accadono, ma lo stesso procedimento mentale che viene seguito per passare dai problemi alla diagnosi, e poi alla terapia, quindi al *follow-up*, è la cartella clinica per problemi e per ipotesi diagnostiche, già precedentemente segnalata in un nostro contributo ed ora disponibile nel sito web del Collegio. La cartella è utile sia allo Specializzando, perché è obbligato a scrivere il suo piano operativo giornaliero, sia al Tutore che potrà verificare quanto operato e chiedere motivazione di ogni decisione, discutendola con gli Specializzandi giovani e anziani, con costante circolazione di conoscenza e di decisionalità collegiale.

Infine, non va taciuta l'importanza dello *studio individuale* su trattati, ma soprattutto attraverso la consultazione di motori di ricerca *'on line'* e di programmi didattici, alcuni dei quali di straordinaria efficacia, chiarezza e aggiornamento. Citiamo alcuni dei più accreditati e validi: *UpToDate*, *BMJ Learning*, *Progetto ECCE*, *Clinical Evidence*, *EBM Guidelines*. Il ruolo stimolante dei Tutori e dei Docenti è, in queste particolari occasioni, di grande rilievo. Il poter disporre, in reparto o in ambulatorio, di un collegamento Internet per accedere immediatamente alla ricerca di soluzioni che le situazioni cliniche continuamente pongono, oppure dedicare alla fine della visita o in determinate ore del pomeriggio un tempo riservato esclusivamente per discutere assieme i problemi non risolti e cercare una loro adeguata trattazione attraverso una ricerca nei programmi sopra indicati rappresenta una modalità di apprendimento di grande rilievo, anche perché costituisce la base dell'apprendimento continuo che va ben oltre il conseguimento del Diploma di Specializzazione.

2. Scheda raccolta dati

Il modello di scheda qui riportato è stato concordato tra i Docenti afferenti all'Intercollegio con lo scopo di uniformare la proposta dei contenuti educativi, riassunti in obiettivi di apprendimento, didattici e professionalizzanti. Tali obiettivi sono stati distinti in:

a) *Obiettivi dell'attività formativa didattica.*
Sono acquisiti con lezioni, ma soprattutto con seminari o tavole rotonde a più voci, allo scopo di rendere più stimolante e accattivante la trasmissione e la ricezione del messaggio. In realtà, la forma più adeguata per l'apprendimento è senza dubbio il riferimento a problemi clinici: singoli o, come più spesso accade in rapporto alla polipatologia dei Pazienti, multipli ed in tal caso con l'individuazione del problema principale (*chief complaint*).
Eventualmente sarà il problema stesso che fornirà l'occasione per eventuali richiami alla trattazione sistematica o alla riformulazione di classificazioni o al richiamo a meccanismi fisiopatogenetici. Nella scheda è stato indicato anche il tempo, in termini di CFU, disponibile per questo tipo di attività, globalmente peraltro limitato. Si noti che, nell'ambito degli obiettivi proposti dalla Medicina Interna, una parte di essi, quelli relativi ai valori centrali della Medicina Clinica e quelli inerenti l'apprendimento del metodo clinico, sono stati presentati facendo ricorso ad una loro descrizione in extenso, con suddivisione in categorie in rapporto alle sfere di competenza che si intende far acquisire (cap. 3, paragrafi 3.1 e 3.2).

b) *Obiettivi delle attività formative professionalizzanti.*
Sono acquisibili prevalentemente durante l'attività di reparto o di ambulatorio, o durante i soggiorni in strutture diagnostiche. Nella prima parte della scheda è stata riportata una descrizione generale dello scopo specifico proprio dell'ambito professionale considerato. Sono quindi presentati vari problemi clinici, espressione delle presentazioni cliniche più frequenti, che possono essere lo spunto per la presentazione di casi clinici a partenza da uno o più dei problemi indicati.

Successivamente sono state riportate alcune procedure diagnostiche proprie di quel particolare settore professionale o di quella disciplina. Infine, è riportato un elenco di test dei quali lo Specializzando deve essere in grado di effettuare richieste ai laboratori di diagnosi, di comprenderne la rilevanza diagnostica, di saper interpretare il risultato in riferimento all'iter diagnostico formulato e nell'ottica di smentire o confermare le ipotesi diagnostiche.

La scheda n. 1.1 (pag. 21) contiene un elenco degli esami diagnostici e di laboratorio che tutti gli Specializzandi devono conoscere, non solo per essere in grado di individuarne le indicazioni appropriate, ma anche per saperli eseguire personalmente e con sicurezza. Ad esso fa seguito un altro elenco di test dei quali lo Specializzando deve conoscere il significato e saper interpretare la risposta, in vista della sua ulteriore decisione diagnostica o terapeutica.

Scuola di Specializzazione in.....
Contributo della Scuola al TRONCO COMUNE DI AREA MEDICA

Obiettivi dell'Attività Formativa Didattica
Lezioni, Seminari, Tavole Rotonde, ecc. (*impostate per problemi e su presentazioni cliniche più frequenti. Esempio: dolore addominale, diarrea, calo ponderale, ecc.*)

.....
.....
.....
.....

Crediti: orientativamente 1, pari a 10 ore di attività didattica frontale, distribuite in più settimane

Obiettivi delle Attività Formative Professionalizzanti
Attività Clinica in: Reparto Day Hospital Ambulatorio Laboratorio Diagnostico

Con:

1) Presentazione di casi clinici esemplificativi

.....

2) Dimostrazione o partecipazione attiva alle seguenti procedure diagnostiche

.....

3) Richiesta, comprensione e interpretazione di test diagnostici e di laboratorio

.....

Crediti: orientativamente 2, pari a 72 ore distribuite in 2 settimane

.....

11

3. Obiettivi formativi propri della Medicina Interna per il Tronco Comune dell'Area Medica

3.1 I VALORI CENTRALI DELLA MEDICINA CLINICA

3.1.1 I presupposti metafisici ed etici della Medicina e della Scienza in generale

Argomenti: I rapporti tra scienza e filosofia, tra scienza e religione, il concetto di verità, l'aspirazione alla verità e la sua comprensione; la spiegazione scientifica e il valore della conoscenza; le scelte irrazionali della ragione scientifica; la logica medica.

3.1.2 Le competenze relative all'aspetto umanitario della Medicina Clinica

Argomenti: il rapporto Medico-Paziente; l'assistenza al malato terminale; il Paziente difficile; i tipi di comportamento personale del Medico con il Paziente; i modelli di salute percepita.

3.1.3 Le competenze relative alla componente professionale

Argomenti: Il senso di altruismo; l'affidabilità nei confronti del Paziente, della società e della professione; lo spirito di servizio; l'onestà e l'integrità personale; i conflitti di interesse; il rispetto per i Colleghi e gli altri componenti del servizio assistenziale, dei Pazienti e dei loro familiari; i compiti professionali del personale infermieristico; la cartella clinica informatica; il management sanitario; l'integrazione e la collaborazione con il personale sanitario.

3.1.4 Le competenze relative all'etica medica

Argomenti: l'informazione ai Pazienti; il consenso informato; il rifiuto del Paziente ad un intervento medico; la capacità di valutare le decisioni del Paziente; la richiesta del Paziente di interventi dannosi o inefficaci; l'incapacità di decidere del Paziente; gli interventi medici; le decisioni nel malato terminale; il rispetto delle volontà del Paziente; il rapporto di fiducia nei confronti del Paziente; il dire la verità al Paziente; il Paziente con abuso di sostanze o di alcool; i potenziali conflitti di interesse; i conflitti con altro personale sanitario; problemi etici della ricerca clinica; il SSN e il SSR: direttive e leggi.

3.2 LE CARATTERISTICHE E LE ESPRESSIONI PRINCIPALI DELLA MEDICINA INTERNA: IL METODO CLINICO (SSD MED/09)

3.2.1 L'incontro Medico-Paziente, l'intervista medica e la raccolta dell'anamnesi

Competenze: saper individuare i vari stadi dell'anamnesi medica; la comunicazione con il Paziente e la capacità di intervista; la valutazione della storia del Paziente nel contesto personale, familiare, occupazionale e sociale; la comunicazione non verbale; le barriere alla comunicazione e le differenze culturali; la capacità di identificare una situazione di fragilità e di disabilità; la presenza di deficit cognitivi; stati d'ansia e meccanismi di difesa; come raccogliere informazioni sull'abuso di alcool, di sostanze voluttuarie e sui problemi sessuali; concordare con il Paziente una programmazione diagnostica e terapeutica; la *Narrative Based Medicine*: medicina basata sul racconto.

3.2.2 Le competenze relative all'esame fisico del Paziente

Competenze: saper esaminare con attenzione e accuratezza il Paziente, evitando reazioni di imbarazzo o poco confortevoli; conoscere le caratteristiche proprie dello *screening* dell'esame fisico; saper utilizzare i dati dell'esame fisico in assenza di test diagnostici approfonditi; effettuare un esame fisico completo relativo a tutti gli organi ed apparati del corpo umano; conoscere la sensibilità, la specificità ed il valore predittivo dei segni obiettivi; conoscere la fisiopatologia e la fisiopatogenesi dei reperti fisici più comuni.

3.2.3 Le competenze proprie del metodo clinico

Competenze: capacità di individuare il problema principale e i sintomi di allarme; capacità di individuare una situazione di instabilità clinica, di rischio di morte, di criticità e urgenza; capacità di individuare i problemi attivi e passivi del Paziente; capacità e abilità di generare ipotesi diagnostiche; capacità di selezionare indagini diagnostiche per respingere o confermare le ipotesi; individuare i fattori di rischio; la ricerca delle informazioni: letteratura, esperti, linee guida, Colleghi; la registrazione

dei dati clinici nella cartella clinica ambulatoriale o di reparto e la loro archiviazione.

3.2.4 Il ragionamento clinico, la logica della diagnosi e le fasi del procedimento diagnostico

Competenze: conoscere il concetto di probabilità, di verosimiglianza e di odds; conoscere il significato di probabilità a priori e a posteriori ed il teorema di Bayes; conoscere il concetto di falsificazione e quello di verifica dell'ipotesi diagnostica; conoscere le modalità di scelta dei test diagnostici in base alla loro sensibilità, specificità, valore predittivo, rapporto di probabilità-LR; conoscere il concetto di incertezza diagnostica e clinica; conoscere come l'errore e il caso possano interferire con l'accuratezza delle osservazioni nel singolo individuo; conoscere il significato di rapporto di probabilità e di curva ROC; conoscere il concetto di diagnosi, prognosi, terapia e prevenzione; conoscere il concetto di errore e di sbaglio; conoscere gli alberi decisionali; conoscere il concetto di costo-beneficio.

3.2.5 La decisione terapeutica

Competenze: conoscere i principi della decisione terapeutica sulla base delle caratteristiche individuali del Paziente, della presenza di mono o polipatologia, di complessità clinica e fragilità; conoscere la EBM-medicina basata sulle evidenze e le modalità della costruzione delle prove di efficacia; conoscere l'organizzazione dei trials clinici controllati, degli studi caso-controllo, degli studi di coorte prospettivi e retrospettivi e degli studi di metanalisi; conoscere il potere statistico, il significato della p e degli intervalli di confidenza, il rischio relativo ed assoluto ed il numero necessario per trattare -NNT; conoscere le reazioni avverse da farmaci e i rischi della polifarmacoterapia, soprattutto nei soggetti anziani e con polipatologia; le cure palliative; le indicazioni del SSN e le note AIFA; saper compilare una ricetta medica e una ricetta del SSN e SSR.

3.2.6 La dimissione del Paziente

Competenze: il diario clinico e l'epicrisi; la compilazione della diagnosi e della scheda DRG; la diagnosi principale e

le altre diagnosi; la lettera di dimissione e la prescrizione terapeutica e dietetica; il rapporto con il Medico di Medicina Generale; la valutazione multidimensionale del Paziente e del suo grado di autonomia medica, familiare e sociale; le strutture del territorio delle Unità Sanitarie Locali; la lungodegenza; i reparti per malati terminali; la struttura intermedia, l'ADI; le case di cura private; le dimissioni difficili; la gestione del malato terminale; i rapporti con i familiari.

3.2.7 *La continuità assistenziale al Paziente*

Competenze: capacità di diagnosticare e trattare problemi clinici comuni in ambito ambulatoriale; abilità di effettuare procedure diagnostiche in Pazienti ambulatoriali o ricoverati; conoscenza delle possibilità di modificare i fattori di rischio di malattia; capacità di collaborare con gli altri membri dello staff assistenziale e con i servizi assistenziali del territorio, in particolare

con il Medico di Medicina Generale; capacità di valutare l'autonomia del Paziente e le possibili destinazioni al momento della dimissione; capacità di acquisire una consulenza geriatrica e di interpretare una valutazione multidimensionale del Paziente anziano; conoscere i concetti di fragilità, disabilità funzionale e cognitiva; capacità di fornire informazioni a Colleghi di altre strutture assistenziali e ad altro personale assistenziale e sanitario.

3.2.8 *Le competenze relative all'apprendimento continuo in Medicina*

Competenze: acquisire un metodo personale di aggiornamento; mantenere un'attitudine investigativa e di critica; capacità di utilizzo delle risorse elettroniche e delle possibilità di aggiornamento tramite internet; approccio critico alla letteratura medica con capacità di valutazione della rilevanza e della forza delle evidenze scientifiche; partecipazione attiva ai programmi didattici e alle occasioni di apprendimento; acquisire abilità e com-

petenze cliniche attraverso l'attività ambulatoriale e nel Paziente ricoverato.

3.2.9 *L'aggiornamento scientifico*

Competenze: le fonti dell'aggiornamento medico; le riviste scientifiche di Medicina Interna; come leggere un articolo scientifico; come valutare uno studio di fisiopatologia, di diagnosi, di prognosi, di terapia; gli studi randomizzati controllati e gli studi di metanalisi; la medicina basata sulle prove di efficacia (EBM) e la medicina narrativa (NBM).

3.2.10 *La diagnosi precoce e la Medicina preventiva*

Competenze: il concetto di rischio di malattia; la valutazione periodica dello stato di salute e i test di screening; i principi della profilassi; la consulenza medica per la valutazione del rischio; la prevenzione primaria e secondaria; metodi per modificare il comportamento e ridurre il rischio; le raccomandazioni del Servizio Sanitario Nazionale; la diagnosi genetica.

4. Obiettivi formativi, didattici e professionalizzanti, delle Classi della Medicina Clinica Generale, della Medicina Specialistica e delle Neuroscienze per il Tronco Comune dell'Area Medica

Questi obiettivi sono riassunti in schede, riportate negli allegati 1,2,3 strutturate sulla base della scheda comune concordata tra le Scuole di Area Medica. Ogni scheda contiene una breve descrizione iniziale dello scopo specifico della disciplina e il ruolo del Medico Internista in quella disciplina. Tale ruolo, tuttavia, ancorché in misura differenziata e con differente completezza di obiettivi, può essere individuato anche per gli Specialisti di ogni singola Scuola, essendo quanto mai rilevante, come si è detto nell'introduzione, l'acquisizione di una cultura ampia e di un approccio globale, anche da parte del Medico Specialista, indipendentemente dalla Scuola di afferenza. Ogni scheda riporta un elenco delle presentazioni cliniche più frequenti, soprattutto riferite a sintomi e segni; in altre parole, definisce i principali problemi che possono presentare i Pazienti affetti da patologie proprie della Medicina Clinica generale e delle Specialità mediche.

Tali problemi si prestano sia ad essere affrontati sul campo, quindi in ambulatorio o in corsia, con immediata ricaduta professionalizzante (anche in riferimento ad un loro inquadramento diagnostico nella cartella clinica per problemi e per ipotesi diagnostiche), sia ad essere oggetto di presentazione didattica attraverso la proposta di casi clinici, emblematici o comuni, nell'ambito dei quali saranno fornite le necessarie informazioni di terapia, sulla base delle migliori prove di efficacia e delle eventuali linee guida delle Società scientifiche nazionali o internazionali.

Successivamente sono riportate alcune procedure diagnostiche proprie di quella particolare disciplina. Segue quindi un ultimo settore, che riporta un elenco di test per i quali lo Specializzando deve essere in grado di effettuare le richieste alle competenti strutture diagnostiche, di comprendere la rilevanza diagnostica del test e di saper interpretare il risultato ottenuto in riferimento all'iter diagnostico formula-

to, allo scopo di poter prendere successive decisioni mediche, diagnostiche o terapeutiche.

Allo Specializzando non viene richiesto di saper effettuare personalmente un determinato test, ma deve acquisire le conoscenze e le competenze adeguate a comprendere se e quando richiederlo e comprenderne appieno il significato del risultato.

Gli obiettivi specifici delle attività formative didattiche e professionalizzanti riassunti nelle schede sono da acquisire prevalentemente nell'ambito delle discipline specifiche durante la permanenza dello Specializzando nelle strutture della Scuola. Essi sono stati suddivisi in tre gruppi:

a) *Obiettivi formativi, didattici e professionalizzanti propri della Medicina Interna*

Riguardano argomenti di tipo generale, non rientranti in specifici settori scientifico-disciplinari e relativi a problematiche affrontate in genere in ambiente

13

internistico e proprie di un approccio globale al paziente. In questi obiettivi sono stati inseriti anche esami diagnostici e di laboratorio che tutti gli Specializzandi devono conoscere, sia per valutarne il valore diagnostico in rapporto ai contenuti informativi delle ipotesi diagnostiche, sia per un'adeguata interpretazione in termini di esclusione o di conferma dell'ipotesi. Questi obiettivi sono riportati nell'Allegato 1 (pagg. 21-25) e comprendono le seguenti schede:

- 1.1 Esami diagnostici e di laboratorio e loro interpretazione
 - 1.2 Il paziente critico a rischio di morte
 - 1.3 Le sindromi cliniche internistiche. Il paziente con polipatologia e complessità clinica
 - 1.4 La consulenza internistica e la valutazione del rischio operatorio
 - 1.5 La tossicodipendenza
 - 1.6 La salute della donna
 - 1.7 Le cure palliative e l'assistenza alla fine della vita
 - 1.8 La nutrizione clinica (In collaborazione con MED49)
 - 1.9 Farmacologia clinica (In collaborazione con BIO14)
- b) *Obiettivi formativi, didattici e professionalizzanti delle Scuole di Specializzazione della Classe della Medicina Clinica generale*

Professionalizzanti delle Scuole di Specializzazione della Classe della Medicina Clinica generale

Riguardano le Scuole di Specializzazione in Emergenza-Urgenza, Geriatria, Oncologia Medica, Medicina di Comunità, Medicina dello Sport, Medicina Termale. Questi obiettivi sono riportati nell'Allegato 2 (pagg. 25-28) e comprendono le seguenti Scuole di Specializzazione:

- 2.1 Emergenza-Urgenza
- 2.2 Geriatria
- 2.3 Oncologia Medica
- 2.4 Medicina di Comunità
- 2.5 Medicina dello Sport
- 2.6 Medicina Termale

c) *Obiettivi formativi, didattici e professionalizzanti delle Scuole di Specializzazione della Classe della Medicina Specialistica e delle Neuroscienze e Scienze del Comportamento*

Sono relativi alle Scuole comprese nella classe della Medicina Specialistica, e alle Scuole di Neurologia e di Psichiatria, in quanto considerate rilevanti come contenuti culturali e formativi per concorrere alla

strutturazione dei contenuti del TC. Questi obiettivi sono riportati nell'Allegato 3 (pagg. 28-35) e si riferiscono alle seguenti Scuole di Specializzazione:

- 3.1 Allergologia e Immunologia clinica
- 3.2 Dermatologia e Venereologia
- 3.3 Ematologia
- 3.4 Endocrinologia e Malattie del Ricambio
- 3.5 Gastroenterologia
- 3.6 Malattie dell'App. Cardiovascolare
- 3.7 Malattie dell'App. Respiratorio
- 3.8 Malattie Infettive
- 3.9 Medicina Tropicale
- 3.10 Nefrologia
- 3.11 Neurofisiopatologia
- 3.12 Neurologia
- 3.13 Psichiatria
- 3.14 Reumatologia

Non è stata inserita Neuropsichiatria Infantile perché pertinente a Pediatria. Il libretto diario servirà da documento scritto delle attività didattiche e professionalizzanti svolte presso i vari reparti della rete formativa della Scuola. Una proposta di libretto diario è disponibile nel sito web del Collegio Med09. (www.colmed.it).

5. Distribuzione delle attività didattiche e professionalizzanti negli anni: proposte e modelli

Come abbiamo già avuto modo di sottolineare, il TC è l'insieme dei saperi essenziali (conoscenze, abilità, comportamenti) che tutti i Medici in formazione specialistica devono possedere; concerne quindi tutti gli Specializzandi dell'Area Medica appartenenti alle Classi della Medicina Clinica Generale, della Medicina Clinica Specialistica e delle Neuroscienze, che insieme costituiscono un pool unico di discendenti che condividono obiettivi, contenuti e calendario didattici.

Il TC (Fig. 1) dispone di 81 crediti, di cui 21 riservati all'Attività Formativa Didattica (AFD, 5 alla Medicina Clinica generale, 16 alla Medicina Specialistica ed alle Neuroscienze) e 60 all'Attività Formativa Professionalizzante (AFP); di questi ultimi, 30 sono acquisiti con la frequenza di circa sette mesi e la partecipazione alle attività cliniche nelle strutture di Medicina Interna/Geriatria/

Immunologia Clinica; 30 mediante la frequenza nelle strutture di Medicina Specialistica, Neuroscienze e Medicina d'Urgenza/Pronto Soccorso.

Un credito formativo universitario (CFU) corrisponde a 10 ore di insegnamento frontale e a 38 ore di attività formativa professionalizzante. La distribuzione dei crediti e delle ore per anno e per tipo di attività è esposto nella tabella 1 e nella figura 2.

I tempi e i modi di preparare il calendario delle Attività Formative sia Didattiche che Professionalizzanti è ovviamente competenza di ciascuna Scuola; può essere tuttavia opportuno presentare un'esemplificazione di percorso formativo, quale si può realizzare in una Facoltà di medie dimensioni con un numero di immatricolati Specializzandi intorno a 50.

Il modello proposto (Tab. 2-3) segue i principi dell'Ordinamento generale

prima ricordati e prevede la partecipazione, nel primo anno, dei Medici in formazione alle attività cliniche nei Reparti di Medicina Interna/Geriatria/Immunologia Clinica, e nei Day Hospital, negli Ambulatori-Laboratori diagnostici delle stesse discipline, nonché di Medicina di Comunità, Medicina dello Sport e Medicina Termale.

Per il 2°-5° anno, il modello (Tabelle 4-5-6-7) comporta la rotazione dei Medici in Medicina d'Urgenza/Pronto Soccorso, in Oncologia e in 13 strutture di Medicina Specialistica e Neuroscienze. La scelta delle discipline implicate nella rotazione è ovviamente solo indicativa, venendo essa definita da ogni sede in relazione ai propri indirizzi culturali ed alle strutture disponibili. Si deve comunque considerare che gli insegnamenti dell'area medica, che non dispongono di reparti clinici (più spesso gli insegnamenti di

Medicina Clinica Generale					Medicina Specialistica/Neuroscienze				
Anno	Attività Formativa Didattica		Attività Formativa Professionalizzante		Anno	Attività Formativa Didattica		Attività Formativa Professionalizzante	
	CFU	Ore	CFU	Ore		CFU*	Ore	CFU*	Ore
1	5	50	30	1140					
					2	4	40	7	266
					3	4	40	7	266
					4	4	40	8	304
					5	4	40	8	304
Totale	5	50	30	1140		16	160	30	1140

Tab. 1- Distribuzione dei crediti e delle ore nei cinque anni di corso.

* Per ragioni insuperabili di calendario vi potrà essere una diversa distribuzione dei crediti fra i quattro anni di corso.

Allergologia e Immunologia Clinica, Medicina Tropicale Neurofisiopatologia), svolgono comunque attività professionalizzanti negli Ambulatori o Laboratori diagnostici della classe e sono presenti nel calendario dell'attività didattica frontale.

Riportiamo due ipotesi di percorso formativo per Medicina Clinica generale ed uno per Medicina Specialistica/Neuroscienze.

5.1 FORMAZIONE IN MEDICINA CLINICA GENERALE

5.1a - Attività Formativa Didattica

1 credito = 10 ore di didattica frontale.

5 crediti = 50 ore di attività didattica frontale, da dividere tra Medicina Interna, Geriatria, Medicina d'Urgenza, Medicina di Comunità, Medicina dello Sport, Medicina Termale.

Lezioni, Seminari, Tavole rotonde di Statistica ed Informatica - EBM, Metodologia clinica e

ATTIVITA' FORMATIVA	CFU	AMBITO DISCIPLINARE	ATTIVITA' FORMATIVA	CFU	CFU
Di base	5	Discipline generali			5
CARATTERIZZANTI	270	Tronco Comune 81 CFU	Attività Formativa Didattica		21
			Attività Formativa Professionalizzante	60	
		Discipline specifiche della tipologia della Scuola 189 CFU	Attività Formativa Didattica		44
Attività Formativa Professionalizzante	150				
AFFINI	5				
PER LA PROVA FINALE	15	Preparazione della tesi			15
ALTRE	5	Inform.- Lingua straniera	Attività Formativa Didattica		5
Totale	300		Attività Formativa Didattica		90
			Attività Formativa Professionalizzante	210	
			TOTALE	300	

Fig. 1 - Distribuzione dei crediti

Metodologia della ricerca - Epidemiologia e Medicina di Comunità - Clinical Governance - Risk management - Sindromi cliniche internistiche. L'anziano fragile e la valutazione multidimensionale - Medicina Termale - Il laboratorio diagnostico e le tecniche per immagini - Farmacologia clinica - Nutrizione clinica - Medicina dello Sport - Salute della donna - Tossicodipendenze - Cure palliative - Scienze Umane.

5.1b - Attività Formativa Professionalizzante

Si svolge in reparti di Medicina Interna e di Geriatria nonché, ove esistenti, anche di Immunologia Clinica (Tab. 2). L'inserimento di quest'ultima è giustificato dal fatto che i reparti di Immunologia Clinica, troppo pochi in Italia per poter rientrare in rotazione con le altre specialità mediche, risulterebbero utili, laddove esistenti, per consentire una più migliore distribuzione dei Medici nei reparti clinici di Medicina Interna e di Geriatria.

15

1 credito = 38 ore = 1 settimana
 30 crediti = 1.140 ore di frequenza clinica in Medicina Interna/ Geriatria/ Immunologia Clinica
 Discenti suddivisi in 12 gruppi (A-N), ciascuno di 4-5 Medici in formazione. Ogni Discente acquisisce 30 crediti
 Calendario articolato su circa 7 mesi.

Il calendario prevede la frequenza contemporanea di due gruppi di Specializzandi nei Reparti clinici di Medicina Interna, Geriatria ed Immunologia Clinica, laddove esistenti (al massimo 10 Medici), e due gruppi, uno in Day Hospital (massimo 5 Medici), e un secondo negli Ambulatori e Laboratori diagnostici (massimo 5 Medici, e in 6 settimane 10 Medici), di tutte le Scuole afferenti alla Medicina Clinica Generale.

Nelle 30 settimane ogni gruppo frequenta:
 - 15 settimane di reparto (ore 8,00-14,30)

- 6 settimane in Day Hospital
 - 9 settimane negli Ambulatori/ Laboratori diagnostici.

Nelle 15 settimane di frequenza nei reparti, il calendario, per tener conto del riposo post-guardia e del numero minore di ore svolte in Day Hospital ed in Ambulatorio rispetto alle strutture di degenza, comporta per ciascuno Specializzando tre tipi successivi di turno:

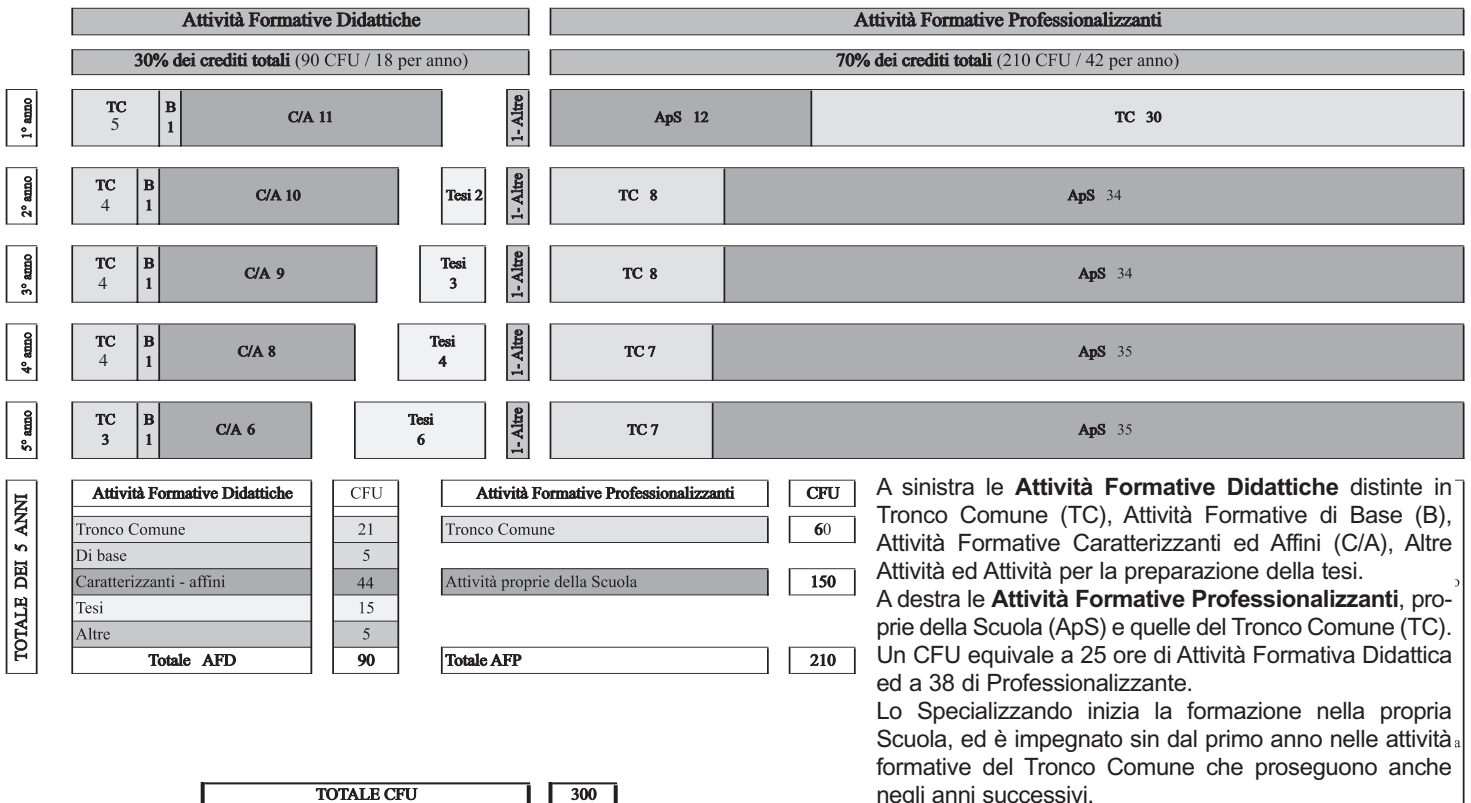
- Turno 1 (6 settimane): Frequenza 6,5 ore per 4 giorni/settimana + 1 attività da 12 ore (notturna), da eseguire 6 volte nel corso delle 15 settimane di reparto.
- Turno 2 (6 settimane): Frequenza 6,5 ore per 5 giorni/settimana + 2 rientri da 5 ore, da eseguire 6 volte nel corso delle 15 settimane
- Turno 3 (3 settimane): Frequenza 6,5 ore per 6 giorni/settimana + 1 rientro da 5 ore da eseguire 3 volte.

Con i turni di tipo 2 e 3 viene recuperato il deficit di ore che inevitabilmente si accumula durante la frequenza nel Day Hospital e negli Ambulatori e laboratori.

Applicando questo schema, ogni Medico in formazione nel corso delle 30 settimane, oltre all'attività di reparto, esegue:

- 6 attività di guardia notturna (1° turno)
- 12 rientri pomeridiani di guardia diurna (2°-3° turno)

In caso di non disponibilità nella rete formativa di tre strutture di Medicina Interna/Geriatria/Immunologia Clinica, si può seguire la turnazione presentata nella Tabella 3 nella quale i discenti sono distribuiti in due sole strutture. In questo caso, i gruppi sono costituiti da 7 Discenti ciascuno, la presenza contemporanea nei Reparti può essere di 14 unità, quella nel Day Hospital di 7 e quella negli Ambulatori/ Laboratori sempre



A sinistra le **Attività Formative Didattiche** distinte in Tronco Comune (TC), Attività Formative di Base (B), Attività Formative Caratterizzanti ed Affini (C/A), Altre Attività ed Attività per la preparazione della tesi.
 A destra le **Attività Formative Professionalizzanti**, proprie della Scuola (ApS) e quelle del Tronco Comune (TC). Un CFU equivale a 25 ore di Attività Formativa Didattica ed a 38 di Professionalizzante.
 Lo Specializzando inizia la formazione nella propria Scuola, ed è impegnato sin dal primo anno nelle attività formative del Tronco Comune che proseguono anche negli anni successivi.
 Cifre e spazi riportati per ciascuna attività hanno solo valore esemplificativo.

Fig. 2 - Scuole di Specializzazione. Ipotesi di articolazione del percorso formativo.

di 7, con la possibilità di giungere a 14 presenze solo in due settimane dell'anno.

5.2 - FORMAZIONE IN MEDICINA SPECIALISTICA E IN NEUROSCIENZE

5.2a Attività Formativa Didattica

16 crediti = 160 ore di didattica frontale in quattro anni, da distribuire fra Oncologia e i 14 insegnamenti della Medicina Specialistica e di Neuroscienze.

Lezioni, tavole rotonde, seminari sulle principali sindromi cliniche di pertinenza medica, avendo come riferimento prioritario le linee guida nazionali e internazionali, relative a: apparato cardiovascolare, endocrino-metabolico, gastroenterologico ed epatologico, ematologico, reumatologico, nefrologico, neuropsichiatrico, infettivologico multiorgano, dermatologico, pneumologico, di criticità e dell'urgenza, con particolare attenzione alla polipatologia, alla complessità e instabilità ed ai percorsi di cura integrati nella rete dei servizi.

5.2b Attività Formativa Professionalizzante

30 crediti (6 in pronto soccorso, 2 per ciascuna delle 12 discipline considerate) = 1.140 ore di frequenza clinica in quattro anni, 8 gruppi (A-B-C-D-E-F-G-H) di 6-7 Medici.

1 credito = 38 ore = 1 settimana

Ogni Discente acquisisce 30 crediti in quattro anni, 7/8 per anno.

Nelle singole sedi, ogni gruppo viene distribuito nei Reparti clinici delle discipline indicate nelle Tabelle 4-5-6-7, relative al 2°, 3°, 4°, 5° anno di corso e nei Day Hospital, Ambulatori/laboratori di tutte le Scuole comprese nelle classi della Medicina Specialistica e delle Neuroscienze.

Presenti in reparto al massimo 2 gruppi di Medici in formazione in ciascuna settimana.

Ogni Medico in formazione nel corso dei quattro anni di specialità frequenta: - 2 settimane in Malattie Infettive, Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, Ematologia, Oncologia Medica, Reumatologia, Malattie dell'Apparato Respiratorio, Nefrologia, Gastro-ente-

rologia, Endocrinologia e Malattie del Ricambio, Neurologia, Psichiatria, Dermatologia e Venereologia;

- 6 settimane in: Medicina d'Urgenza/ Pronto Soccorso.

5.3 - ATTIVITÀ DI GUARDIA MEDICA

Nel percorso formativo professionalizzante l'attività di guardia riveste un

ruolo privilegiato e un'importanza cruciale, sia dal punto di vista culturale che pratico. Nel corso del turno di guardia (che, va ricordato, si svolge di notte e nei giorni festivi) il Medico in formazione ha la possibilità di affiancare continuamente un Collega più anziano in veste di Tutore e di interagire più direttamen-

1° anno		Settimane									
		1-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	19-21	22-24	25-27	29-30
Medicina A	Reparto	AB	AB	AB	AB	AB	CD	CD	CD	CD	CD
	DH		C	C	D	D	A	A	B	B	
	Ambulatori Laboratori diagnostici	CD	D	D	C	C	B	B	A	A	AB
Medicina B	Reparto	EF	EF	EF	EF	EF	GH	GH	GH	GH	GH
	DH		G	G	H	H	E	E	F	F	
	Ambulatori Laboratori diagnostici	GH	H	H	G	G	F	F	E	E	EF
Medicina C	Reparto	IL	IL	IL	IL	IL	MN	MN	MN	MN	MN
	DH		M	M	N	N	I	I	L	L	
	Ambulatori Laboratori diagnostici	MN	N	N	M	M	L	L	I	I	IL

Tab. 2 - Percorso formativo degli Studenti del 1° anno di Corso in tre Reparti di Medicina Interna/Geriatria/Immunologia Clinica: 12 gruppi (A-B-C-D-E-F-G-H-I-L-M-N) ciascuno di 4-5 Medici in formazione.

1° anno		Settimane									
		1-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	19-21	22-24	25-27	29-30
Medicina A	Reparto	AB	AB	AB	AB	AB	CD	CD	CD	CD	CD
	DH		C	C	D	D	A	A	B	B	
	Ambulatori Laboratori diagnostici	CD	D	D	C	C	B	B	A	A	AB
Medicina B	Reparto	EF	EF	EF	EF	EF	GH	GH	GH	GH	GH
	DH		G	G	H	H	E	E	F	F	
	Ambulatori Laboratori diagnostici	GH	H	H	G	G	F	F	E	E	EF

Tab. 3 - Percorso formativo degli Studenti del 1° anno di Corso in due Reparti di Medicina Interna/Geriatria/Immunologia Clinica: 8 gruppi (A-B-C-D-E-F-G-H) ciascuno di 6-7 Medici in formazione

te di quanto non avvenga negli altri momenti formativi con Colleghi Specialisti, in particolare nel campo della Medicina d'Urgenza, e con altre figure professionali, come gli Infermieri. In particolare, in molte circostanze il Collega che svolge il ruolo di Tutore può appartenere a due livelli. Può essere un Medico strutturato esperto e può anche essere un Medico Specializzando in formazione degli ultimi anni. Questa duplice possibilità, che a nostro avviso dovrebbe avvenire regolarmente, riveste un significato didattico cruciale.

In particolare, gli aspetti più rilevanti del valore formativo dell'attività di guardia sono i seguenti:

1. Imparare a riconoscere e a fronteggiare le principali urgenze mediche, distinguendole dalle pseudo-urgenze, ricordando che le prime si verificano molto spesso in Pazienti complessi;

2. Acquisire gradualmente un'autonomia gestionale attraverso successivi livelli, che potrebbero articolarsi in questo modo:

- *guardia tutorata*, con presenza del Tutor che esegue la prestazione e ne affida parte o interamente l'esecuzione all'Allievo;

- *guardia tutelata*: la prestazione, su indicazione del Tutor, è eseguibile dallo Specializzando con presenza del Tutor stesso nella struttura, anche se non fisicamente presente accanto allo Specializzando;

- *guardia protetta*: lo Specializzando esegue la prestazione, anche con autonomia decisionale sul percorso assistenziale e, in caso di necessità, deve chiamare prontamente il Tutor, in grado di fornire rapida consulenza e/o tempestivo intervento.

3. Nel caso particolare del TC, l'attività di guardia riveste a maggior ragione un ruolo cruciale, perché costituisce la più tipica espressione della *full immersion*, condizione da ritenersi irrinunciabile, vista la breve durata (sei mesi) del tirocinio in Medicina Interna degli Specializzandi

Reparto/DH/ Ambulatori-Laboratori	Settimane											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Medicina d'Urgenza Pronto Soccorso	A	A	A	A	A	A	B	B	B	B	B	B
Malattie Infettive Medicina Tropicale	B	B	C	C			A	A				
Malattie dell' Apparato Cardiovascolare			B	B	C	C			A	A		
Ematologia					B	B	C	C			A	A
Oncologia Medica	D	D										
Reumatologia			D	D								
Malattie dell' Apparato Respiratorio					D	D						
Nefrologia												
Gastroenterologia												
Endocrinologia e Malattie del Ricambio												
Neurologia Neurofisiopatologia					E	E	F	F	G	G	H	H
Psichiatria			E	E	F	F	G	G	H	H		
Dermatologia e Venereologia	E	E	F	F	G	G	H	H				

Tab. 4 - Percorso formativo degli Studenti nel 2° anno di Corso.

Reparto/DH/ Ambulatori-Laboratori	Settimane											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Medicina d'Urgenza Pronto Soccorso	C	C	C	C	C	C	D	D	D	D	D	D
Malattie Infettive Medicina Tropicale												
Malattie dell' Apparato Cardiovascolare												
Ematologia												
Oncologia Medica	A	A	B	B							C	C
Reumatologia			A	A	B	B	C	C				
Malattie dell' Apparato Respiratorio					A	A	B	B	C	C		
Nefrologia	D	D	G	G			F	F	H	H	E	E
Gastroenterologia			D	D	G	G	H	H	E	E	F	F
Endocrinologia e Malattie del Ricambio	G	G			D	D	E	E	F	F	H	H
Neurologia Neurofisiopatologia												
Psichiatria												
Dermatologia e Venereologia												

Tab. 5 - Percorso formativo degli Studenti nel 3° anno di Corso.

di Scuole Specialistiche. A questo riguardo, va ricordato che molti Medici, dopo aver acquisito il Diploma di Specialità, andranno a svolgere la propria attività professionale in strutture ospedaliere o universitarie, dove la modalità di guardia è interdivisionale e questo è un motivo per cui la formazione internistica deve considerarsi indispensabile.

Reparto/DH/ Ambulatori-Laboratori	Settimane											
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Medicina d'Urgenza Pronto Soccorso	E	E	E	E	E	E	F	F	F	F	F	F
Malattie Infettive Medicina Tropicale	D	D										
Malattie dell' Apparato Cardiovascolare			D	D								
Ematologia					D	D						
Oncologia Medica					F	F	G	G	H	H	E	E
Reumatologia			F	F	G	G	H	H	E	E		
Malattie App. Respiratorio	F	F	G	G	H	H	E	E				
Nefrologia	A	A	B	B	C	C						
Gastroenterologia			A	A	B	B	C	C				
Endocrinologia e Malattie del Ricambio					A	A	B	B	C	C		
Neurologia Neurofisiopatologia												
Psichiatria												
Dermatologia Venereologia												

Tab. 6 - Percorso formativo degli Studenti nel 4° anno di Corso

Reparto/DH/ Ambulatori-Laboratori	Settimane											
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Medicina d'Urgenza Pronto Soccorso	H	H	H	H	H	H	G	G	G	G	G	G
Malattie Infettive Medicina Tropicale	E	E	F	F	G	G					H	H
Malattie dell' Apparato Cardiovascolare	G	G	E	E	F	F	H	H				
Ematologia			G	G	E	E	F	F	H	H		
Oncologia Medica												
Reumatologia												
Malattie Apparato respiratorio												
Nefrologia												
Gastroenterologia												
Endocrinologia e Malattie del Ricambio												
Neurologia Neurofisiopatologia	A	A	B	B	C	C	D	D				
Psichiatria			A	A	B	B	C	C	D	D		
Dermatologia Venereologia					A	A	B	B	C	C	D	D

Tab. 7 - Percorso formativo degli Studenti nel 5° anno di Corso



6. Certificazione della frequenza e registrazione delle attività cliniche svolte

La complessità delle attività in cui lo Specializzando è coinvolto, l'obbligo della frequenza agli eventi formativi e la valutazione da parte del Docente delle singole attività rendono necessaria l'istituzione di un Libretto-Diario del Medico in formazione. Nello stesso devono essere registrate l'attività formativa didattica e quella professionalizzante, la didattica elettiva ed altre

attività. Per tutte le abilità pratiche, il libretto dovrà indicare se le stesse sono state osservate, provate in laboratorio, osservate ed eseguite in situazione reale o simulata e dovrà contenere la firma del Docente nonché la valutazione compiuta dallo stesso.

L'impiego del Libretto-Diario è fondamentale, se si considera anche l'obbligo che le Scuole avranno di consegna-

re, al termine degli studi, non solo il Diploma di Specializzazione, ma anche il *Diploma supplement*, che registra tutto il percorso formativo seguito dallo Specialista ed il numero dei crediti acquisiti in ogni distinto momento didattico.

Un modello originale di Libretto-Diario è riportato nel sito web del Collegio Med09 (www.colmed.it).

7. Verifica dell'apprendimento e valutazione delle competenze e delle capacità cliniche

Assessment drives learning: poiché i Discenti sono portati a preparare prevalentemente quanto prevedono venga loro richiesto, prove di esame superficiali e frettolose possono vanificare il miglior insegnamento; da qui la necessità di una valutazione completa e scrupolosa.

Programmazione della didattica e valutazione della sua efficacia sono due eventi certamente collegati, nel senso che se la programmazione stabilisce gli obiettivi didattici, cioè quanto il Discente deve essere in grado di realizzare al termine di un ciclo formativo, contestualmente la valutazione definisce tempi e modi per verificare il raggiungimento o meno degli stessi. Poiché gli obiettivi formativi possono concernere l'acquisizione di determinate conoscenze (obiettivi cognitivi), di abilità (gestuali o manuali) o di comportamenti (relazionali), ne consegue che le prove di valutazione devono essere diversificate in relazione ai risultati che si vogliono verificare.

Le prove possono svolgersi sotto forma di esame orale o scritto o integrato.

L'*esame orale*, criticato e spesso eliminato in quanto non rispondente a rigorosi criteri di obiettività sia nel suo svolgimento che nella sua valutazione finale, resta invece uno strumento valido, soprattutto a livello di Scuola di Specializzazione in quanto, se svolto sotto forma di colloquio clinico, può consentire un giudizio sulla personalità del Candidato e sulla sua capacità di identificare e risolvere i problemi. Rappresenta inoltre un momento didattico particolarmente efficace.

Vi sono diverse modalità per preparare un *esame scritto*: relazioni brevi;

domande vero/falso; domande con risposta breve aperta; domande a scelta multipla (*Multiple Choice Questions, MCQ*) nelle quali ultime ad ogni quesito fanno seguito cinque risposte di cui una sola corretta. Il sistema MCQ, ampiamente diffuso ad ogni livello di valutazione, rappresenta uno strumento valido, riproducibile e di agevole preparazione, che consente di valutare in breve tempo un gran numero di studenti. Esso permette essenzialmente di verificare le conoscenze e quindi il sapere teorico acquisito dal Discente. Integrato in un contesto clinico, il sistema MCQ risulta inoltre particolarmente efficace per verificare la capacità di risolvere i problemi e di assumere decisioni, anche in condizioni di emergenza.

Esempi di MCQ contestualizzati sono quelli utilizzati nelle MKSAP dell'*American College of Physicians* (<http://www.acponline.org>), nel *BMJ learning* (<http://learning.bmj.com/learning/main.html>) e nei *Key features problems* (KFP).

Il metodo *KFP* rappresenta la valutazione, scritta o espressa tramite computer, della capacità del Discente di riconoscere, di fronte ad un caso clinico, non solo le decisioni e le azioni che sono appropriate, ma anche e soprattutto quelle essenziali per la soluzione del problema. Valutano, in altri termini, la capacità di scegliere, tra diverse opzioni, le azioni prioritarie e/o urgenti richieste dal caso clinico. FKP esplora quindi l'attitudine del Discente ad identificare l'intervento essenziale nei momenti chiave (*Key features*) di una malattia.

La prova consiste nella descrizione, anche sequenziale, di un caso clinico, seguita da 2-3 domande, ciascuna delle quali esamina una o più *key features*. Le domande possono essere *with-in* e prevedere una breve risposta aperta o *short menu* ed essere in tal caso seguite da una lista di azioni solo in parte corrette. Tra queste ultime l'esaminando deve identificare quelle essenziali, prioritarie, che richiedono urgenza di intervento. Domande e risposte si susseguono in maniera sequenziale, man mano che procede la descrizione del caso clinico, permettendo così di valutare la capacità decisionale dell'esaminato longitudinalmente, e quindi in tutte le fasi evolutive di un processo morboso. Data la sua grande valenza clinica applicativa, l'approccio KFP può risultare particolarmente efficace nelle Scuole di Specializzazione. Le sue limitazioni sono rappresentate dal tempo richiesto per preparare ciascuna scheda e dal numero di schede necessarie per una Scuola; per la sua realizzazione deve quindi essere prevista una collaborazione tra Scuole.

L'*esame clinico obiettivo strutturato* (*Objective Structured Clinical Evaluation, OSCE*) si configura come uno dei più validi ed affidabili metodi, volti ad evidenziare il possesso di abilità e di competenza clinica del Discente. L'OSCE si articola in una serie di ambienti clinici e culturali definiti stazioni. Le stazioni sono in genere uno dei più validi ed affidabili metodi, volti ad evidenziare il possesso di abilità e di competenza clinica del Discente. L'OSCE si articola in una serie di ambienti clinici e culturali definiti stazioni. Le stazioni sono in genere in numero di 12 ed in ciascuna di esse lo Specializzando sosta per dieci minuti: il tempo complessivo della prova è quindi di 120 minuti. Le stazioni sono dedicate a: anamnesi, esame obiettivo

generale, esame obiettivo polmonare, cardiovascolare, dell'addome, abilità e attività professionalizzanti mediche, abilità e attività professionalizzanti chirurgiche, diagnostica di laboratorio, diagnostiche strumentali, manovre di emergenza, *day surgery*, comunicazione. Il Discente viene valutato su una sola abilità in ciascuna stazione da parte di un esaminatore munito di una griglia pre-stabilita, che consente di seguire la successione degli atti compiuti dallo Specializzando e di registrare il modo con cui sono stati compiuti.

La prova dell'OSCE può essere preceduta da un insieme di incontri di preparazione alla prova pratica nelle settimane immediatamente precedenti. L'ultima delle stazioni OSCE può essere riservata alla "comunicazione", ossia alla verifica dell'acquisizione di abilità relazionali. Si basa più spesso sull'incontro tra un Medico (vero) e un Paziente (simulato), che il Discente osserva registrando su apposita griglia comportamenti appropriati e quelli volutamente non corretti. L'obiettivo può essere raggiunto anche ricorrendo a video costruiti ad hoc. (*Objective structured video examination: OSVE*). Si tratta di una prova standardizzata e riproducibile, che richiede tuttavia esperienza clinica e disponibilità di tempo, soprattutto per la sua preparazione. Ha valore formativo e non certificativo.

Un ulteriore strumento di valutazione è rappresentato dalla cartella clinica orientata per problemi e basata sulle evidenze, che i Medici in formazione potranno compilare nel corso del loro tirocinio clinico. A puro titolo di esempio un modello di cartella clinica è riportato nel sito web della Società.

Le valutazioni possono essere formative o *in itinere* e certificative.

Le verifiche *in itinere*, svolte al termine di ogni ciclo formativo, comportano un giudizio non vincolante di idoneità, rappresentano un ottimo strumento di cui può disporre il Docente per giudicare il proprio insegnamento e il Discente per verificare il proprio livello di apprendimento e predisporre, se questo non è sufficiente, adeguate azioni di recupero del proprio debito formativo.

Le valutazioni certificative comportano invece un giudizio espresso in tentesimi; la sufficienza è indispensabile per il proseguimento degli studi.

Le valutazioni *in itinere*, svolte al termine di ogni anno, possono basarsi sulle prove scritte prima considerate e sull'OSVE, mentre il colloquio orale e la prova OSCE dovrebbero essere effettuati al termine del corso di studi, avere valore certificativo ed il loro superamento essere vincolante ai fini dell'accesso all'esame finale.

Ulteriori notizie sulle prove di valutazione ed un'esauriente bibliografia possono essere ritrovate nella pregevole rassegna, a cura di Pietro Gallo, dal titolo: "O. Riggio et al: La cassetta degli attrezzi per una valutazione dell'apprendimento pertinente e obiettiva in: *Med Chir* 2007; 40-41:1739-43", riportato anche in: www.med.univpm.it/ConferenzaPermanenteCLPS/

Riferimenti bibliografici

- 1) Danieli G. Scuola di Specializzazione in Medicina Interna: Introduzione al Nuovo Ordinamento. *Boll. Med/09* 2004; 2:4-6.
- 2) Senin U. Alcune considerazioni sulla formazione. *Boll. Med/09* 2004; 4:6-9.
- 3) Carulli N., Becchi M.A. L'insegnamento delle cure primarie nel CdL in Medicina e Chirurgia. *Coll. Med/09* 2005; 1:3-8.
- 4) Carulli N., Becchi M.A. L'insegnamento delle cure primarie nel CdL in Medicina e Chirurgia. *Boll. Med/09* 2005; 2:8-10.
- 5) Realdi G. Scuola di Specializzazione in Medicina Interna: le attività professionalizzanti. *Boll. Med/09* 2005; 3:3-8.
- 6) Violi G. Scuola di Specializzazione in Geriatria. Un documento della SIGG. *Boll. Med/09* 2005; 4:4-7.
- 7) Lechi A. Appunti sul Tronco Comune. *Boll. Med/09* 2006; 1:8-14.
- 8) Carulli N., Danieli G., Delsignore R., Lechi A., Realdi G. Scuola di Specializzazione in Medicina Interna. Guida al Nuovo Ordinamento. *Boll. Med/09* 2006; 2:1-20.
- 9) Scuola di Specializzazione in Geriatria. Documento dei Direttori delle Scuole. *Boll. Med/09* 2006; 3:5-10.
- 10) Realdi G. Esempio di cartella clinica orientata per problemi e per ipotesi diagnostiche. *Boll. Med/09* 2006; 3:11-20.
- 11) Galanti G., Pagani M. Dossier Scuole: Medicina dello Sport. *Boll. Med/09* 2006; 4:4-6.
- 12) Fagioli A. Dossier Scuole: Medicina Termale. *Boll. Med/09* 2006; 4:7-8.
- 13) Delsignore R. Dossier Scuole: Medicina Interna. *Boll. Med/09* 2006; 4:8-6.
- 14) Realdi G. La Medicina Interna come Medicina Specialistica della complessità. *Boll. Med/09* 2007; 3:4-11.
- 15) Bernabei R., Realdi G. La Medicina della complessità. *Boll. Med/09* 2007; 4:9-11.
- 16) A Resource Guide to Curriculum

Development. Graduate Education In Internal Medicine. Report of the Federated Council for Internal Medicine Task Force on the Internal Medicine. 2nd ed. revised on 4th October 2002.

- 16) SGIM/CDIM. Core Medicine Clerkship Curriculum Guide. 3rd ed., Washington DC; 2006.
- 17) Insegnare la Medicina generale. A cura di Marco Patino. Franco Angeli Editore, Milano, 2007.
- 18) Sangiorgi M. La Medicina Interna e le sue specialità alle soglie del Duemila. Origini, evoluzione, prospettive. *Ann Ital Med Int*, 1996; 11, suppl. 1, 33-56.
- 19) Antiseri D. Teoria unificata del metodo. Liviana, Padova. 1981.
- 20) Cagli V. La Crisi della Diagnosi. Armando Editore, Roma. 2007.
- 21) Antiseri D., Cagli V. Dialogo sulla diagnosi. Armando Editore, Roma. 2008.
- 22) Federspil G. e coll. Atti del Congresso del Collegio dei Professori di Medicina Interna, Roma, 1994.
- 23) Realdi G., Previato L., Vitturi N. Selection of diagnostic tests for clinical decision making and translation to a problem oriented medical record. *Clinica Chimica Acta* 2008; 393: 37-43.
- 24) Borghetti A. Diagnostica progettuale e percorso del malato. Convegno su esperienze cliniche in Medicina Interna. Rimini, 1995. Citato da: Sangiorgi M. La Medicina Interna e le sue specialità alle soglie del Duemila. Origini, evoluzione, prospettive. *Ann Ital Med Int*, 1996; 11, suppl. 1, 33-56.
- 25) Bowen J. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. *N Engl J Med* 2006; 355: 2217-25.
- 26) Scandellari C. La diagnosi clinica. Principi metodologici del procedimento decisionale. Masson Editore, Milano, 2005.
- 27) Reale G., Antiseri D. Quale ragione. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001. pag. 63-69.
- 28) Pagliaro L. Medicina basata sulle evidenze e centrata sul paziente. Un dizionario di termini clinici. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2006.
- 29) NHS National Institutes for health and clinical excellence. Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. July 2007.
- 30) Casella M. Le società scientifiche studiano l'ospedalizzazione per "intensità di cure". *Doctor* 2008; 18-23.
- 31) Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative Based Medicine. BMJ Books, 1998.
- 32) Jenicek M. Al letto del malato. Come osservare e riferire i casi clinici. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2001.
- 33) Nonis M, Braga M, Guzzanti E. Cartella clinica e qualità dell'assistenza. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1998.
- 34) Federspil G, Giaretta P, Rugarli C, Scandellari C, Serra P. Filosofia della medicina. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.

ALLEGATO 1

Obbiettivi formativi, didattici e professionalizzanti propri della Medicina Interna

Esami diagnostici e di laboratorio e loro interpretazione

Procedure

Essere in grado di individuare le indicazioni appropriate e di eseguire personalmente e correttamente:

- Elettrocardiogramma
- Ecografia finalizzata alla diagnostica di condizioni cliniche potenzialmente instabili (versamento pericardico, versamento pleurico, versamento addominale, valvulopatie cardiache, valutazione delle dimensioni e della funzionalità delle cavità cardiache)
- Ecodoppler dei vasi arteriosi e venosi (opzionale)
- Rachicentesi
- Toracentesi
- Paracentesi
- Colorazione con metodo di Gram di sedimenti o secrezioni
- Inserzione di catetere venoso centrale e periferico
- Puntura arteriosa e venosa
- Posizionamento di sondino naso-gastrico

Interpretazione dei test

Essere in grado di interpretare il referto e, limitatamente agli esami

asteriscati, anche di leggere personalmente le caratteristiche generali dell'esame dal dato originale:

- *Rx torace
- *Rx addome "in bianco"
- *Rx scheletro
- *Emogasanalisi da sangue arterioso
- *Esami di chimica clinica
- *Test di funzionalità epatica, renale, metabolica, endocrinologica, ematologica, immunitaria, di equilibrio acido-base, di diagnostica infettivologica, di genetica medica, di biologia molecolare
- Test di emostasi
- *Esame completo delle urine
- *Striscio del sangue periferico
- Spirometria
- Esami di diagnostica per immagini (ecografia, TC, RMN, PET, scintigrafia, densitometria, angiografia)
- Esami endoscopici (endoscopia digestiva, laringoscopia, broncoscopia, laparoscopia, artroscopia, cistoscopia)
- Referti istologici e citologici
- Referti di consulenze specialistiche

Competenze cliniche - Scheda n. 1.1

L'urgenza medica - Il paziente critico a rischio di morte

Descrizione

L'urgenza medica riguarda l'approccio immediato al paziente critico, sebbene stabile, con funzioni vitali conservate, ma con rischio di morte, per la presenza di sintomi che possono essere l'espressione di una grave patologia acuta o come conseguenza di traumi. Tali situazioni richiedono decisioni e capacità d'intervento entro un tempo limitato. Il Medico specialista deve essere in grado di riconoscere e valutare i segni d'allarme, di criticità o di instabilità rappresentati da alterazioni della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, della frequenza respiratoria, del livello di coscienza, della funzione renale e della saturazione percentuale di ossigeno. Il Medico specialista deve essere in grado di affrontare le situazioni di urgenza (rianimazione cardio-polmonare) e di richiedere l'eventuale, immediato intervento del consulente (anestesista, cardiologo, chirurgo, ginecologo, ecc). L'ambito delle competenze del Medico specialista è strettamente correlato alla disponibilità di strutture di terapia intensiva e di Medici specialisti in questo settore.

Presentazioni cliniche più frequenti (casi clinici, con diagnosi definitiva, prognosi e terapia, prevenzione e riabilitazione)

- Dolore addominale
- Dolore toracico
- Dolore al capo, collo, dorso, arti superiori e inferiori
- Disturbi neurologici (alterazioni acute localizzate di motilità e/o sensibilità)
- Disturbi psichici (agitazione, allucinazioni, confusione mentale, amnesia)
- Cardiopalmo e aritmie cardiache

- Disidratazione, ipovolemia, ipotensione, alterazioni elettrolitiche: Na, K, Ca, diarrea/vomito profusi e/o protratti
- Dispnea
- Perdita di coscienza
- Crisi convulsiva
- Emorragia acuta non da trauma (ematemesi, melena, meno/metrorragia, emottisi, ematuria)
- Cefalea di recente insorgenza
- Gonfiore ad un arto
- Ipertensione arteriosa grave
- Febbre elevata
- Grave stato di sofferenza

Procedure diagnostiche o terapeutiche

- Triage
- Gestione di base delle vie aeree
- BLS (Basic Life Support)
- ACLS (Advanced Cardiac Life Support)
- O2 terapia
- Ventilazione non invasiva
- Correzione volemica, fluid challenge
- Terapia elettrica (defibrillazione, cardioversione, pacing transcutaneo)
- Ecografia d'urgenza
- Suture, medicazioni

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test

- Alterazioni idroelettrolitiche
- Indagini tossicologiche
- Ecografia dell'addome e della pelvi
- Scintigrafia ventilatoria e perfusionale dei polmoni

Competenze cliniche - Scheda n. 1.2

Le sindromi cliniche internistiche nei pazienti con polipatologia e complessità clinica

Sindromi cliniche più frequenti (casi clinici, con diagnosi definitiva, prognosi e terapia, prevenzione e riabilitazione)

- Insufficienza respiratoria acuta e cronica
- Sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS)
- Cuore polmonare acuto e cronico
- Scompenso cardiaco
- Ipertensione arteriosa
- Insufficienza epatica e sindrome epato-renale
- Insufficienza renale e sindrome nefrosica

- Insufficienza multiorgano, malassorbimento
- Scompenso diabetico
- Malnutrizione
- Sindrome metabolica
- Sindrome plurighiandolare
- Sindromi da immunodeficienza
- Sindrome compartimentale addominale
- Sindrome da risposta infiammatoria
- Sindromi paraneoplastiche

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test
- Quelli indicati nelle altre schede

Competenze cliniche - Scheda n. 1.3

Attività di consulenza medica internistica e valutazione del rischio operatorio

Descrizione

Frequentemente al Medico specialista vengono richieste attività di consulenza medica. Sebbene la maggior parte di queste attività riguardino i Pazienti ricoverati, affetti da patologie complesse oppure in vista di interventi chirurgici, esse comprendono anche una valutazione preoperatoria in Pazienti ambulatoriali o la valutazione clinica di Pazienti affetti da malattie più strettamente specialistiche. Come consulente, lo Specialista può avere un ruolo centrale nella valutazione globale del Paziente e nel coordinamento delle attività diagnostiche e terapeutiche con altri Specialisti e nell'osservazione del Paziente durante prolungate *follow-up*.

Il Medico specialista deve conoscere soprattutto la risposta fisiologica all'intervento chirurgico e all'anestesia, il rischio operatorio correlato con varie malattie, la terapia medica migliore per prevenire le complicanze postoperatorie. Poiché l'attività di consulenza medica viene praticata dallo Specialista in stretta collaborazione con gli altri Specialisti, è indispensabile un'adeguata familiarità con gli Specialisti stessi, come anche la capacità di fornire informazioni precise e appropriate non solo ai Colleghi Specialisti, ma anche al personale Medico e ai familiari.

Presentazioni cliniche più frequenti (casi clinici, con diagnosi defini-

- tiva, prognosi e terapia, prevenzione e riabilitazione)
- Valutazione dei risultati anormali dei test di routine preoperatori
 - Riconoscere la necessità di una profilassi antibiotica per procedure invasive
 - Riconoscere la necessità di terapia anticoagulante come mezzo profilattico
 - Riconoscere la necessità di un monitoraggio emodinamico durante l'intervento chirurgico
 - Riconoscere i sintomi d'allarme e la necessità di un trasferimento in unità di terapia intensiva
 - Riconoscere e trattare il rischio preoperatorio
 - Saper valutare la riserva funzionale cardiaca, vascolare, respiratoria, epatica, renale, ematologica, metabolica, endocrina, immunitaria
 - Saper valutare i problemi medici durante la fase postoperatoria
 - Saper valutare i problemi medici nei Pazienti psichiatrici
 - Riconoscere le reazioni da farmaci e le complicanze

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test

- Esami volti a individuare la riserva funzionale di organi e apparati
- Valutazione non invasiva e invasiva del rischio cardiaco, respiratorio, metabolico, epatico e renale
- Valutazione non invasiva e invasiva di malattia tromboembolica venosa, pre- e post-operatoria
- Esami di laboratorio di routine in rapporto a pianificati interventi chirurgici

Competenze cliniche - Scheda n. 1.4

La tossicodipendenza

Descrizione

L'assunzione dannosa e la dipendenza dall'alcool, da sostanze voluttuarie e da altri farmaci, compresi farmaci di prescrizione medica, è uno dei problemi principali della società del mondo occidentale. Se si esclude la nicotina, l'abuso di alcool e di altre sostanze, la tossicodipendenza raggiunge proporzioni del 10-20% nei Pazienti ambulatoriali e fino al 50% nei Pazienti ricoverati. Poiché il fumo di sigaretta riguarda circa il 20% della popolazione, questa dipendenza aggrava il problema, già elevato di per sé. La diagnosi della dipendenza da alcool, nicotina o altre sostanze è spesso difficile, anche se rappresenta una decisa priorità a causa dei numerosi problemi medici, psichiatrici e sociali associati a tali patologie. Il Medico specialista deve possedere le competenze cliniche per riconoscere attraverso l'anamnesi e l'esame obiettivo la dipendenza da tali sostanze e le patologie ad esse correlate, allo scopo di programmare ulteriori accertamenti diagnostici e decisioni terapeutiche volte a ridurre le conseguenze letali di tali prodotti.

Presentazioni cliniche più frequenti (casi clinici, con diagnosi definitiva, prognosi e terapia, prevenzione e riabilitazione)

- Traumi ripetuti
- Ipertensione sistolica (da alcool)
- Insonnia cronica
- Dolore cronico senza diagnosi evidente
- Astenia
- Deficit di memoria
- Attacchi di panico o di ansia
- Stato depressivo secondario all'alcool o a farmaci sedativi
- Perdita di peso (abuso di sostanze stimolanti, AIDS)
- HIV positività
- Professionisti che abusano di sostanze voluttuarie
- Manifestazioni da sospensione di alcool o di sedativi (agitazione, insonnia, crisi epilettiche, delirio, allucinazioni)
- Manifestazioni da sospensione di oppioidi (insonnia, sudorazione profusa, lacrimazione, rinorrea, difficoltà respiratoria, arresto respiratorio)

23

- Manifestazioni da intossicazione di oppioidi (miosi, cute sudaticcia, segni cutanei di punture multiple, sonnolenza, confusione)
- Intossicazione da cocaina o anfetamine (agitazione, midriasi, rapida alterazione dell'umore, comportamento aggressivo)

Procedure diagnostiche

- Adeguata raccolta dell'anamnesi allo scopo di escludere abuso di tabacco, alcool, altri farmaci o sostanze
- Attività di consulenza e trattamento dell'abuso di sostanze e di alcool
- Attività di consulenza per tossicodipendenti da sostanze per uso

- endovenoso circa il rischio di infezione da HIV
- Capacità di presentare una diagnosi di tossicodipendenza e indirizzo a centri specializzati

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test

- Calcolo dei livelli di alcool nelle bevande alcoliche
- Screening tossicologico su sangue e urine
- Test al respiro per abuso alcolico
- Livelli di alcool nel sangue e nel respiro
- Esame delle urine per ricerca di metaboliti
- Markers virali: HIV, epatite

Competenze cliniche - Scheda n. 1.5

La salute della donna

Descrizione

Le competenze del Medico specialista relative alla salute della donna comprendono vari indirizzi, dallo *screening* alla prevenzione, alla terapia di malattie acute e croniche. La conoscenza di questi aspetti della Medicina si sovrappone con altri settori medici propri della ginecologia, dell'endocrinologia, della nutrizione, della psichiatria e della medicina generale. Al Medico specialista è richiesto di conoscere alcune problematiche generali relative alla maggiore suscettibilità di alcune patologie a carico del sesso femminile, che egli può osservare sia nella sua attività ambulatoriale che in Pazienti ricoverate in reparto.

Presentazioni cliniche più frequenti (casi clinici, con diagnosi definitiva, prognosi e terapia, prevenzione e riabilitazione)

- Test di Papanicolai
- Alterazioni del ciclo mestruale, emorragia vaginale
- Dolore addominale inferiore, sovrapubico, vescicale
- Sintomi mammari (tumefazione, dolorabilità, secrezione dal capezzolo)
- Richiesta e prescrizione di contraccettivi
- Cistocele - Rettocele - Prolasso uterino
- Cistite ricorrente in donna non gravida
- Pieronefrite in donna non gravida
- Dispareunia
- Ulcere e verruche genitali
- Irsutismo
- Incesto
- Incontinenza urinaria
- Infertilità
- Sintomi da menopausa
- Osteoporosi post-menopausa

- Dolore o massa pelvica
- Dolore al dorso
- Dolori ossei
- Fratture o crolli vertebrali
- Abuso fisico
- Consulenza pre- e post-concepimento
- Gravidanza
- Sindrome premenstruale
- Violenza sessuale
- Problemi sessuali
- Sintomi vaginali
- Sindrome dell'ovaio policistico
- Vene varicose, malattia venosa
- Consulenza relativa a chirurgia ricostruttiva
- Endometriosi
- Prescrizione di terapia ormonale sostitutiva

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test

- Citologia o biopsia con ago sottile di noduli mammari
- Test di funzione vescicale
- Densitometria ossea
- Esame culturale per Clamidia
- Colposcopia e biopsia
- Ecografia e TC dell'addome e pelvi
- Biopsia dell'endometrio
- Studi di fertilità
- Laparoscopia
- Mammografia
- Referti di esami istologici-citologici
- Studio dell'assetto ormonale
- Test di gravidanza
- Ecografia addome inferiore e pelvi

Competenze cliniche - Scheda n. 1.6

Le cure palliative e l'assistenza alla fine della vita

Descrizione

Allieviare il dolore e dare assistenza alla fine della vita rappresentano compiti primari per l'Internista. Le cure palliative si propongono di controllare i sintomi e di fornire ai Pazienti e ai loro familiari un'assistenza di supporto quando le terapie mediche o chirurgiche o riabilitative non siano più perseguibili. Scopo prioritario delle cure palliative è il miglioramento o il mantenimento della qualità della vita. Tali cure sono indicate sia in Pazienti con neoplasie in fase terminale, sia in Pazienti non neoplastici, affetti da scompenso cardiaco avanzato, o insufficienza respiratoria o epatica o renale avanzata, o demenza, o complicanze gravi da infezione da virus dell'immunodeficienza, o altre malattie croniche in fase pre-terminale. Al Medico specialista viene chiesta la competenza di: a) valutare e trattare il dolore e altri sintomi importanti; b) saper fornire comunicazioni ai Pazienti e ai familiari sulla

fine della vita; c) conoscere gli aspetti etici e legali dell'assistenza alla fine della vita; d) conoscere gli aspetti psico-dinamici dei Pazienti e dei familiari alla fine della vita; e) saper gestire le reazioni emotive dei familiari e del personale infermieristico prima e dopo la morte di un Paziente. Acquisire conoscenza, esperienza e competenza delle cure palliative e della fine della vita, sia in ambiente ospedaliero, sia a domicilio, sia in strutture per malati terminali, rappresenta un obiettivo formativo importante per il Medico specialista, con lo scopo principale di preservare al meglio la qualità della vita alla fine della vita stessa e di partecipare empaticamente allo stato di sofferenza e di abbandonare degli stessi Pazienti e dei loro familiari.

Presentazioni cliniche più frequenti (casi clinici, con diagnosi definitiva, prognosi e terapia, prevenzione e riabilitazione)

- Comunicare una cattiva notizia (di diagnosi, di impossibilità terapeutiche, di morte) ai familiari

- Stabilire degli obiettivi e definire delle scelte in rapporto alle preferenze del Paziente
- Fornire a un gruppo familiare notizie cliniche, condividere scelte terapeutiche, informare dell'evoluzione della malattia
- Sospendere ogni tipo di trattamento (antibiotici, ventilazione, emoderivati, idratazione o nutrizione artificiale, emodialisi)
- Condurre la discussione se non rianimare
- Discutere con il Medico di famiglia le decisioni mediche
- Dolore acuto e cronico
- Depressione, delirio, ansia, insonnia
- Dispnea, nausea, vomito, stipsi, diarrea, anoressia
- Stato di morte imminente

Competenze

- Di tipo medico-legale (direttive, normativa di legge, capacità decisionale, decidere di non rianimare, uso adeguato di idratazione e nutrizione artificiale, richiesta di aiuto nel morire)
- Trattamento del dolore e dei sintomi (valutazione e terapia farmacologica e non del dolore, saper trattare la nausea, il vomito, la depressione, il delirio, l'ansia, la stipsi o la diarrea, la dispnea, i problemi

- cutanei o del cavo orale, lo stato di agitazione vicino alla morte)
- Valutazione del Paziente (bisogni di ordine fisico, psicologico o spirituale, richiesta di prognosi di patologie avanzate, pianificazione della morte, donazione di organi, autopsia, valutazione per l'uso di idratazione e nutrizione artificiale alla fine della vita, valutazione di trasferimento in hospice, esigenze culturali multietniche alla fine della vita)
- Valutazione della famiglia (bisogni psicologici, spirituali, pianificazione della morte, donazione di organi, autopsia)
- Farmacologia (farmaci oppioidi, analgesici non oppioidi, ansiolitici, antidepressivi, sedativi del dolore, psicostimolanti, antiemetici, catartici, anticolinergici, corticosteroidi)
- Capacità di comunicare (dare cattive notizie, condividere decisioni, terapie, preferenze, bisogni del Paziente, richieste dei familiari, non rianimare, accanimento terapeutico, omissioni di terapia, autopsia, donazione di organi, richieste di anticipare la fine della vita, bisogni spirituali)
- Compilare il certificato di morte
- Compilare la scheda ISTAT di morte
- Richiesta di autopsia

Competenze cliniche - Scheda n. 1.7

La nutrizione clinica

Descrizione

Questo settore riguarda l'importanza della nutrizione nel mantenimento dello stato di salute e dei rapporti tra nutrizione e malattia. Aree di interesse internistico comprendono il supporto nutrizionale enterale e parenterale nei Pazienti ospedalizzati affetti da malattie croniche con gravi carenze nutrizionali o impossibilitati ad alimentarsi normalmente per via orale. Altri settori di conoscenza per lo specialista riguardano il ruolo della nutrizione nella prevenzione di varie patologie e nella riduzione dei fattori di rischio di tipo metabolico, soprattutto per le malattie cardiovascolari, il trattamento dei Pazienti con eccessi alimentari, condizioni di intolleranza alimentare o di allergia, malattie strettamente correlate alla nutrizione.

Presentazioni cliniche più frequenti (casi clinici, con diagnosi definitiva, prognosi e terapia, prevenzione e riabilitazione)

- Stato di denutrizione e malnutrizione
- Il Paziente anziano che non si alimenta
- Lo stato cachettico
- Il deficit della masticazione e della deglutizione
- Problemi di disfagia e di reflusso orofaringeo e gastroesofageo
- L'eccesso o il difetto del body mass index (BMI) e gli alterati valo-

- ri della circonferenza addominale
- La sindrome metabolica
- Il paziente in sovrappeso o obeso
- La grande obesità
- La sindrome da apnea notturna

Competenze cliniche

- Identificare i fattori di rischio di malnutrizione (età avanzata, edentulia, povertà, solitudine, isolamento, alcolismo, malattie croniche, disabilità, patologie neoplastiche, malattie gastroenteriche)
- Conoscere come si valutano i disturbi nutrizionali attraverso l'anamnesi e l'esame fisico e la richiesta di indagini diagnostiche
- Conoscere come si calcola il fabbisogno calorico e come si formula una dieta, anche sulla base delle preferenze del Paziente
- Conoscere indicazioni e prescrizioni di una alimentazione parenterale, totale o parziale, somministrazione di alimenti attraverso PEG (*Percutaneous Endoscopic Gastrostomy*) o sondino, complicanze relative
- Valutare il rischio

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test

- Fabbisogno calorico
- Richiesta di una specifica dieta
- Calcolo del rischio cardiovascolare

Competenze cliniche - Scheda n. 1.8

Farmacologia clinica

Descrizione

Il settore della farmacologia clinica e della terapia riguarda l'efficacia e la sicurezza dei farmaci, l'impiego clinico ottimale dei farmaci e la conoscenza degli sviluppi e dei progressi della terapia farmacologica. Implica conoscenze di farmacologia, di farmacodinamica, di farmacocinetica, di tossicologia, di disegno di studi clinici controllati randomizzati e di valutazione dei risultati. Al Medico specialista è richiesto di conoscere non solo la Medicina basata sulle prove di efficacia terapeutica, ma anche la capacità di richiedere la consulenza farmacologica (EBM) e di monitorare gli effetti avversi dei farmaci, soprattutto nei pazienti con polipatologia e politerapia.

Presentazioni cliniche più frequenti (casi clinici, con diagnosi definitiva, prognosi e terapia, prevenzione e riabilitazione)

- Nuovi farmaci in corso di sperimentazione
- Manifestazioni cliniche da effetti avversi dei farmaci
- La segnalazione al Ministero di effetti avversi

Competenze

- Saper monitorare l'impiego di un farmaco
- Capacità di valutare la risposta individuale del Paziente attraverso il monitoraggio farmacologico, della risposta alla terapia e degli effetti avversi, e valutare la variabilità individuale di risposta
- Conoscere l'interazione tra farmaci e la ridotta farmacocinetica nelle patologie croniche, del paziente anziano e quello con patologie multiple
- Conoscere gli effetti del sovradosaggio e le possibilità di intervento
- Conoscere la normativa nazionale e regionale sui farmaci, le modalità di segnalazione di effetti avversi, le implicazioni medico-legali

Competenze cliniche - Scheda n. 1.9

ALLEGATO 2

Obiettivi formativi, didattici e professionalizzanti, della classe della Medicina Clinica Generale per il Tronco Comune dell'Area Medica

Scuola di specializzazione in Emergenza-Urgenza

Descrizione

L'emergenza medica comporta la diagnosi ed il trattamento di un ampio spettro di situazioni cliniche associate a rischio immediato di morte o di invalidità maggiore. Il Medico specialista deve essere in grado di riconoscere e valutare i segni di instabilità, rappresentati da ostruzione acuta delle vie aeree, alterazioni della ventilazione (sia iperventilazione che ipoventilazione), shock, gravi aritmie ipercinetiche od ipocinetiche, alterazioni qualitative e quantitative dello stato di coscienza. Il paziente critico a rischio immediato di morte richiede un riconoscimento immediato (*Triage*) ed un trattamento diagnostico e terapeutico tempestivo. L'emergenza medica rappresenta una lotta contro il tempo. Il Medico specialista può essere chiamato a svolgere un ruolo primario nella identificazione del problema principale correlato al rischio immediato di morte o della situazione di immediata gravità. Pertanto, il Medico specialista deve acquisire esperienza e competenza nel riconoscimento di quelle situazioni cliniche caratterizzate da instabilità, con grave compromissione dei parametri vitali. Egli deve altresì aver acquisito familiarità con le procedure diagnostiche e strumentali usate nelle Unità di Terapia Intensiva.

Presentazioni cliniche più frequenti (casi clinici, con diagnosi definitiva, prognosi e terapia, prevenzione e riabilitazione)

- Arresto cardiorespiratorio
- Arresto respiratorio
- Ostruzione acuta delle vie aeree
- Distress respiratorio
- Shock ipovolemico (emorragico, traumatico e non, da disidratazione)
- Sepsis severa
- Shock distributivo (allergico, settico, neurogeno, tossico)
- Shock ostruttivo (embolia polmonare, pneumotorace iperteso, tamponamento cardiaco, infarto destro)

- Shock cardiogeno
- Aritmie con instabilità emodinamica
- Coma, stato confusionale acuto (metabolico o da alterazioni strutturali cerebrali)
- Stato di agitazione psicomotoria grave
- Intossicazioni acute con alterazioni dello stato di coscienza e dell'ABC (*Airway Breathing Circulation*)
- Insufficienza renale o epatica acuta

Procedure diagnostiche o terapeutiche

- Gestione di base delle vie aeree
- Intubazione oro-tracheale, metodi alternativi di intubazione ed uso dei presidi sovraglottici
- Supporto ventilatorio e ventilazione meccanica, invasiva e non invasiva
- O2 terapia
- Decompressione di pneumotorace iperteso, toracentesi
- Pericardiocentesi
- Rachicentesi
- Correzione volemica, *fluid challenge*
- Posizionamento di linee venose periferiche e centrali
- Acquisizione di linee di infusione intraossee
- Terapia elettrica (defibrillazione, cardioversione, *pacings* transcutaneo)
- Posizionamento di sondino naso-gastrico, cateterismo urinario
- Ecografia d'urgenza

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test

- ECG (interpretazione in urgenza)
- Emogasanalisi arteriosa/venosa
- Alterazioni idro-elettrolitiche
- Emocromo, standard bioumorali, funzione coagulativa
- Interpretazione in urgenza dell'*imaging* radiologica convenzionale, ecografia, tac TC e RMN

Competenze cliniche - Scheda n. 2.1

Scuola di specializzazione in Geriatria

Descrizione

Questo settore di conoscenze e competenze riguarda l'approccio ai Pazienti anziani ed alla comorbilità. Allo Specializzando di area medica non è richiesto di effettuare personalmente la maggior parte delle procedure di valutazione multidimensionale di seconda/terza generazione, che richiedono invece un particolare addestramento e specifiche competenze proprie dello Specialista Geriatra. Deve invece essere esperto nel conoscere le indicazioni e l'interpretazione delle procedure della valutazione multidimensionale geriatrica.

Lezioni, Seminari, Tavole Rotonde

- Conoscenza di demografia ed epidemiologia dell'invecchiamento
- Conoscenza dei processi biologici dell'invecchiamento
- Conoscenza delle condizioni di fragilità, disabilità e non autosufficienza
- Conoscenza delle peculiarità e atipie di presentazione delle malattie nell'anziano, in particolare nell'anziano fragile. La comorbilità
- Farmacologia clinica geriatrica
- La valutazione multidimensionale (VMD)
- La Medicina Predittiva e il concetto di Riabilitazione Geriatrica Multifunzionale Globale

Presentazioni cliniche più frequenti

- Cadute
- Deficit cognitivi
- Decubiti
- Disturbi del sonno
- Disturbi del tono dell'umore
- Dolore
- Reazioni avverse ai farmaci
- Stipsi
- Malnutrizione
- Disturbi della motricità, dell'andatura e dell'equilibrio

Procedure diagnostiche

- Valutazione multidimensionale di seconda/terza generazione

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test

- Scale di valutazione delle cadute
- Scale di valutazione delle capacità funzionali
- Scale di valutazione dei decubiti
- Scale di valutazione della demenza
- Scale di valutazione del tono dell'umore e della depressione
- Scale di valutazione della fragilità
- Scale di valutazione socio-ambientali

Competenze cliniche - Scheda n. 2.2

Scuola di specializzazione in Oncologia Medica

Descrizione

Le competenze di Oncologia Medica riguardano la diagnosi e la terapia delle neoplasie benigne e maligne. Il Medico specialista deve essere in grado di: 1) identificare i Pazienti a rischio di neoplasia maligna e dare consigli in merito alla riduzione del rischio e allo screening periodico; 2) indagare su sindromi cliniche suggestive di sottostante neoplasia; 3) indirizzare i Pazienti affetti da neoplasie suscettibili di terapia a centri oncologici adeguati; 4) partecipare alle decisioni difficili relative a tutti gli aspetti della diagnosi, dello screening, della scelta terapeutica, delle cure palliative; 5) saper comunicare una diagnosi difficile e una terapia impegnativa al Paziente e ai familiari. Inoltre, il Medico specialista deve conoscere gli effetti avversi dei principali farmaci antineoplastici impiegati nella cura dei tumori. Lo Specialista può richiedere la consulenza dello Specialista Oncologo ad ogni sospetto clinico di patologia neoplastica e concordare con lui un adeguato piano di *follow up* dei Pazienti durante la fase della diagnosi e della terapia.

Presentazioni cliniche più frequenti (casi clinici, con diagnosi definitive, prognosi e terapia, prevenzione e riabilitazione)

- Anemia
- Ascite
- Emorragia
- Ostruzione intestinale
- Tosse, raucedine, emottisi
- Linfadenopatie, masse dei tessuti molli
- Organomegalie, masse palpabili
- Versamento pleurico o peritoneale da causa sconosciuta
- Polineuropatia sensoriale
- Sindrome della vena cava superiore
- Calo ponderale

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test

- Biopsia di organi
- Biopsia midollare e agoaspirato
- Citogenetica, immunofenotipo
- Citologia, istologia
- Diagnostica per immagini (US, TC, RMN, angiografia)
- Diagnostica molecolare
- Markers sierici di neoplasia
- Endoscopia

Competenze cliniche - Scheda n. 2.3

Scuola di specializzazione in Medicina di Comunità

Obiettivi dell'Attività Formativa Didattica

Sono obiettivi formativi pertinenti ai compiti professionali del futuro medico specialista apprendere metodi e strumenti per:

- effettuare l'*assessment* multidimensionale dei bisogni con riferimento a funzioni e strutture, attività e partecipazione, fattori ambientali e personali favorevoli od ostacolanti il funzionamento e la disabilità
- stendere piani di cura e di assistenza personalizzati, a partenza dai bisogni multidimensionali di salute
- verificare appropriatezza, efficacia, efficienza dei piani di cura e assistenza
- verificare efficacia e sicurezza di trattamenti innovativi della sperimentazione clinica e della medicina EBM
- attuare l'approccio multiprofessionale e interdisciplinare nella gestione del paziente cronico e/o con disabilità e/o richiedente cure palliative, centrato sulla promozione del massimo livello di salute e qualità di vita raggiungibile, anche attraverso la partecipazione del paziente e della sua famiglia ai processi di cura e assistenza
- organizzare percorsi di cura nelle reti orizzontali e verticali di assistenza al fine di garantire continuità tra regimi assistenziali diversi (ospedaliero, residenziale, ambulatoriale e domiciliare), fondati su progetti personalizzati di presa in carico della persona (es. percorsi di cura e assistenza alle malattie croniche, dimissioni protette, assistenza domiciliare integrata, cartelle cliniche e sistemi informativi condivisi, ecc.)

Obiettivi dell'Attività Formativa Professionalizzante

E' obiettivo formativo pertinente ai compiti professionali del futuro medico specialista acquisire competenze per l'approccio bio-psico-sociale al paziente e alla sua famiglia, con capacità di:

1. analizzare e discutere casi clinici complessi, con riferimento a pazienti a complessità sanitaria (patologie multisistemiche, con danno evolutivo, severe, croniche, con frequente e varia comorbilità e possibile lunga fase di stato, che richiedano anche supplementazione tecnologica di funzioni vitali), e/o complessità assistenziale (disabilità, non autonomia, richiesta di interventi multipli, di alta intensità assistenziale e di lungo periodo non gestibili in

ospedali per acuti), e/o complessità socio-economico-familiare (barriere culturali nell'accettazione delle cure, paziente che vive solo e/o senza fissa dimora, famiglia non in condizioni di supportare le cure e/o multiproblematica, reddito insufficiente, ecc.)

2. analizzare e discutere piani assistenziali individuali e percorsi di cura integrati per la presa in carico globale dei pazienti complessi, facendo particolare riferimento ai pazienti con patologie croniche a possibile stabilizzazione (es. diabete, lupus, ecc.), ad esordio acuto e con possibili esiti invalidanti (es. ictus cerebrali, traumi midollari, ecc.), ad esordio paucisintomatico e ad ingravescente compromissione funzionale (es. sclerosi laterale amiotrofica, patologie da accumulo lisosomiale), con frequenti riacutizzazioni (scompenso cardiaco), terminali (oncologiche, neurologiche degenerative, ecc.), ad esordio neonatale (malformazioni complesse, esiti di prematurità elevata), malattie rare, comorbilità nell'anziano, nel bambino, nel malato psichiatrico, nel tossicodipendente.
3. definire e attuare procedure diagnostiche finalizzate all'*assessment* del funzionamento, delle disabilità, dei fattori ambientali e personali, alla diagnosi multidimensionale del danno attuale ed evolutivo, alla diagnosi delle condizioni che richiedono supporti di funzioni e attività, alla valutazione degli eventuali adattamenti e riorganizzazioni da apportare ai luoghi e contesti di vita dei pazienti e scelta appropriata di presidi, ausili, apparecchiature medicali indispensabili per potenziare autonomia, qualità di vita della persona e dei familiari accudenti, alla diagnosi precoce delle criticità che possono ritardare la dimissione ospedaliera, alla valutazione della dimissibilità da un reparto per acuti e delle condizioni cliniche e assistenziali che richiedono dimissioni protette a domicilio o in residenze non ospedaliere (*hospice*, lungodegenze, RSA, ecc)
4. richiedere i test diagnostici e di laboratorio, con scelta appropriata delle procedure diagnostiche, laboratoristiche, per immagini e funzionali, nonché comprensione ed interpretazione dei referti per definire profilo e severità complessiva di patologie, menomazioni e disabilità
5. definire e attuare interventi di attivazione della partecipazione del paziente e della famiglia al *self-care*, di supporto e *counselling* familiare nella gestione di pazienti eleggibili alla assistenza domiciliare
6. pianificare e partecipare attivamente al monitoraggio nel tempo dei pazienti complessi e alla verifica dei risultati ottenuti

Competenze cliniche - Scheda n. 2.4

Scuola di specializzazione in Medicina dello Sport

Descrizione

Le attività fisiche, motorie e sportive per la tutela della salute; le attività motorie nello stato di salute, di malattia, nell'anziano e negli stati di disabilità; le problematiche di salute derivanti dallo svolgimento di attività sportiva. Nell'ambito della prevenzione, al Medico specialista è richiesto di conoscere: a) le principali metodologie utilizzate nell'ambito di campagne di educazione sanitaria e di educazione alla salute, incentrate sulla modifica degli stili di vita (attività fisica, alimentazione, ecc); b) le misure preventive idonee ad evitare rischi per la salute durante lo svolgimento di attività fisica anche in situazioni ambientali particolari (alta quota, immersioni, ecc) e in condizioni climatiche avverse (freddo, caldo-umido, ecc); c) il significato delle principali indagini di laboratorio utili nel monitoraggio delle variazioni fisiologiche indotte dalle attività sportive; d) la legislazione italiana in tema di tutela sanitaria delle attività sportive in Italia ed in Europa; d) la legislazione italiana in tema di tutela sanitaria delle attività sportive in Italia ed in Europa.

Presentazioni cliniche più frequenti (casi clinici, con diagnosi definitiva, prognosi e terapia, prevenzione e riabilitazione)

- Malattie cardiovascolari (Cardiopatia ischemica cronica, infarto acuto del miocardio, scompenso cardiaco, cardiopatia congenita, vasculopatia periferica): dal quadro clinico alla valutazione funzionale, alla prescrizione di esercizio
- Malattie metaboliche (Obesità, diabete mellito tipo 1 e 2, sindrome metabolica, dislipidemia): l'attività fisica nella prevenzione e come terapia per la prevenzione delle complicanze e della loro evoluzione
- Ipertensione arteriosa: prevenzione e terapia attraverso l'esercizio fisico in presenza o meno di danno d'organo

- Asma e BPCO: valutazione clinica, attività sportiva o fisica e prescrizione di esercizio
- Malattie reumatiche e osteoarticolari (artrite reumatoide, artrosi, osteoporosi, fibromialgia): la valutazione della forza e della motilità articolare ed il counseling di attività fisica
- Patologie neoplastiche selezionate: la valutazione funzionale ed il supporto dell'attività fisica alla terapia convenzionale
- Anziano con ridotta capacità funzionale: valutazione motoria e prescrizione di attività fisica, triade della donna atleta - clinica e terapia
- Patologie da sport (crasi ematica, apparato gastroenterico, apparato urinario, sindrome da affaticamento cronico): diagnosi e indicazioni terapeutiche
- Patologie da abuso di integratori o farmaci considerati doping

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test

- Sindromi da stress e da ansia
- Test di valutazione indiretta della capacità funzionale tramite questionario
- Test da sforzo cardiovascolare (al cicloergometro, al treadmill o con ergometro a braccia): tracciato ECG, FC max e FC di riserva, recupero della FC, ecc.
- Test da sforzo cardio-polmonare (al cicloergometro, al treadmill o con ergometro a braccia): come sopra per cuore + Max consumo di O₂, soglie anaerobiche e altri parametri respiratori
- Test di valutazione della composizione corporea: plicometria, bioimpedenziometria
- Test di forza: arti superiori e arti inferiori
- Test di motilità articolare: range di movimento
- Valutazione della performance motoria nell'anziano (equilibrio, motilità, test multifunzione. ecc.)
- Diagnostica per immagini (US, TC, RMN, angiografia)

Competenze cliniche - Scheda n. 2.5

Scuola di specializzazione in Medicina Termale

Descrizione

Mezzi di cura termale: acque minerali, fanghi, grotte; composizione, struttura, caratteristiche fisico-chimiche. Indicazioni e controindicazioni delle cure termali nell'ambito delle patologie di area medica e delle altre discipline specialistiche. Modalità di erogazione delle cure termali e loro articolazione con la farmacoterapia, fisioterapia e climatoterapia. Le cure termali nella prevenzione e nella riabilitazione.

Al Medico specialista è richiesto di conoscere il ruolo delle cure termali nell'ambito dell'intervento terapeutico complessivo in malattie su basi degenerative e disfunzionali, i controlli di laboratorio e strumentali che debbono precedere le cure termali e gli eventuali effetti collaterali delle stesse, le indagini di laboratorio e strumentali da eseguire nel corso delle cure termali ed alla loro conclusione.

Presentazioni cliniche più frequenti (casi clinici, con diagnosi definitiva, prognosi e terapia, prevenzione e riabilitazione)

- Reumoartropatie cronico-degenerative (osteoartrosi, fibromialgia)
- Reumatismi extra articolari
- Urolitiasi e gotta
- Colecistopatie litiasiche e alitiasiche

- Stipsi cronica primitiva
- Colon irritabile
- Dispepsia funzionale
- BPCO
- Pneumoconiosi
- Patologia infiammatoria cronica ORL e ginecologica
- Psoriasi e dermatite seborroica, eczema e dermatite atopica
- Postumi ed esiti di traumi
- Flebopatie di tipo cronico

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test

- Esami ematochimici di routine
- ECG
- Test di funzionalità respiratoria
- Ecografia epatobiliare e pancreatico
- Endoscopia digestiva
- Diagnostica per immagini dell'apparato scheletrico e respiratorio
- Diagnostica per immagini dell'apparato urinario
- Test valutativi della funzionalità articolare e del benessere
- Diagnostica sordità rinogena

Competenze cliniche - Scheda n. 2.6

ALLEGATO 3

Obiettivi formativi, didattici e professionalizzanti delle Scuole di Specializzazione delle Classi della Medicina Specialistica e delle Neuroscienze, per il Tronco comune dell'Area Medica

Scuola di specializzazione in Allergologia e Immunologia Clinica

Descrizione

L'Allergologia ed Immunologia Clinica è una disciplina medica che si occupa della diagnosi e terapia di pazienti affetti da malattie causate da un'alterata reattività del sistema immunitario: malattie allergiche, malattie autoimmuni ed immunodeficienze. Le manifestazioni cliniche delle malattie allergiche, delle immunodeficienze e delle malattie autoimmuni possono riguardare qualsiasi organo o tessuto. Pertanto, lo studio della Immunologia Clinica è fondamentale per la conoscenza di malattie di interesse internistico e per l'approccio a pazienti affetti da polipatologia.

Il Medico specialista dovrebbe acquisire competenze per: a) individuare i segni fisici e le alterazioni di laboratorio e radiologiche relative al sistema immunitario; b) stabilire la necessità di specifiche indagini immunologiche in vitro ed in vivo; c) effettuare una valutazione diagnostica iniziale ed eventualmente la terapia di malattie del sistema immunitario; d) conoscere le indicazioni e le strategie terapeutiche della immunoterapia iposensibilizzante specifica (ITS); e) conoscere le indicazioni e gli effetti collaterali delle terapie immunosoppressive; f) effettuare la diagnosi e la terapia delle più comuni malattie allergiche; g) conoscere ed utilizzare i più comuni farmaci biologici e di sintesi modulanti il sistema immunitario; h) indicazioni della terapia con immunoglobuline policlonali.

Obiettivi della attività formativa didattica

(Lezioni, Seminari, Tavole Rotonde)

- Principali nozioni di fisiopatologia del sistema immunitario
- Principali manifestazioni cliniche e procedure diagnostiche delle malattie allergiche (rinite allergica, congiuntivite allergica, asma bronchiale, dermatite atopica, allergie alimentari, allergie ai farmaci, sindrome orticaria/angioedema, anafilassi)
- Principali manifestazioni cliniche e procedure diagnostiche delle immunodeficienze (immunodeficienze primitive e secondarie)
- Principali manifestazioni cliniche e procedure diagnostiche delle malattie autoimmuni sistemiche (Lupus Eritematoso Sistemico, Artrite Reumatoide, Sindrome di Sjögren, Artrite Psoriasica, Vasculiti, Sclerosi Sistemica, Dermato-polimiositi)
- Aspetti immunologici e clinici di altre malattie di interesse internistico

Presentazioni cliniche più frequenti

- Sindrome rinitica (prurito nasale, starnuti, rinorrea, ostruzione nasale)
- Sindrome congiuntivale (prurito oculare, iperemia congiuntivale, lacrimazione)
- Dispnea, tosse e broncospasmo

- Prurito cutaneo associato a lesioni cutanee eczematose
- Prurito cutaneo associato a lesioni cutanee eritematose o eritemato-pomfoidi
- Edema sottocutaneo o sottomucoso
- Ipotensione associata a tachicardia ed eventuale shock anafilattico
- Infezioni ricorrenti del tratto respiratorio e gastrointestinale
- Rash cutanei (eritematoso, maculo-papulare, pleioforme, porpora, etc.)
- Noduli cutanei o sottocutanei
- Artralgie ed artriti ricorrenti
- Febbre di natura da determinare

Procedure diagnostiche

- Test allergometrici cutanei per allergeni inalanti e/o alimentari
- Test di tolleranza a farmaci
- Test per orticaria fisica
- Spirometria e test di reversibilità ai broncodilatatori
- Test di somministrazione di allergeni alimentari in doppio cieco
- Test cutanei per anergia

Richiesta, comprensione ed interpretazione di test

- Test allergometrici cutanei per reazioni di ipersensibilità immediata ad allergeni inalanti e/o alimentari ed a farmaci
- *Prick by prick* per reazioni di ipersensibilità immediata ad allergeni alimentari
- Test cutanei di ipersensibilità ritardata (patch test)
- Test di provocazione nasale e/o congiuntivale specifico
- Test di broncprovocazione aspecifico (test alla metacolina)
- Test di funzionalità polmonare (spirometria, diffusione alveolo-capillare, emogasanalisi)
- Esame emocromocitometrico e formula leucocitaria
- Concentrazioni di IgE totali ed IgE specifiche per allergeni inalanti e/o alimentari ed a farmaci
- Concentrazioni delle Immunoglobuline (IgG, IgM, IgA) e delle varie sottoclassi
- Concentrazioni delle frazioni C3 e C4 del complemento
- Concentrazioni del C1 inibitore immunologico e funzionale
- Concentrazioni di autoanticorpi (ANA, ENA, ANCA, etc.)
- Sottopopolazioni linfocitarie
- Test della chemiotassi e della fagocitosi dei neutrofili
- Tomografia assiale computerizzata dei seni paranasali
- Tomografia assiale computerizzata del torace
- Esofagogastroduodenoscopia
- Broncoscopia e lavaggio bronco alveolare
- Protocolli di desensibilizzazione specifica
- Indici di flogosi

Competenze cliniche - Scheda n. 3.1

Scuola di specializzazione in Dermatologia e Venereologia

Descrizione

Questo settore di conoscenze e competenze riguarda l'approccio ai Pazienti con malattie della cute e/o delle mucose visibili, o con malattie sessualmente trasmesse. Esso comprende patologie esclusive della cute, patologie della cute associate a malattie interne e malattie veneree. Ulteriori settori di conoscenza coinvolgono il mantenimento dello stato di salute della cute, lo screening e la prevenzione dei tumori cutanei.

Il Medico specialista dovrebbe acquisire alcune competenze in

Dermatologia e venereologia, quale una corretta definizione delle lesioni elementari. Dovrebbe inoltre essere in grado di riconoscere le malattie infettive trasmissibili, quelle potenzialmente più gravi e che richiedono interventi d'urgenza, e di comprendere i trattamenti sistemici più impegnativi. Al Medico specialista non è richiesto di effettuare personalmente la maggior parte delle procedure diagnostiche, che richiedono invece un particolare addestramento e specifiche competenze proprie dello Specialista Dermatologo. Il Medico specialista deve invece avere buone conoscenze sulle manifestazioni cutanee delle malattie interne.

Obiettivi dell'Attività Formativa Didattica
Lezioni, Seminari, Tavole Rotonde

1) Principali nozioni di fisiopatologia cutanea; 2) Semeiotica dermatologica; 3) Malattie cutanee infiammatorie più comuni (psoriasi, eczemi, orticaria); 4) Malattie infettive cutanee più comuni (da batteri, virus, miceti ed ectoparassiti); 5) Malattie dermatologiche gravi (malattie bollose autoimmuni, eritrodermie, connettiviti); 6) Reazioni avverse cutanee da farmaci (esantemi, eritema fisso, necrosi epidermica tossica, DRESS, PEAG); 7) Oncologia dermatologica (melanoma, epitelomi, sarcoma di Kaposi, linfomi); 8) Principali infezioni a trasmissione sessuale (lue, uretriti, herpes simplex).

Presentazioni cliniche più frequenti

- Prurito
- Eritemi e malattie infiammatorie cutanee
- Psoriasi e artrite psoriasica
- Malattie bollose autoimmuni

- Malattie cutanee associate a patologie sistemiche internistiche
- Malattie cutanee urgenti
- Dermatiti eczematose
- Perdite uretrali

Procedure diagnostiche

- Biopsia cutanea: criteri di scelta del tipo di lesione da biopsiare (opzionale)
- Raccolta di campioni per esami microbiologici

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test

- Test sierologici per la lue
- Test sierologici per malattie bollose autoimmuni
- Test epicutanei
- Test cutanei per allergie IgE-mediate
- Esame istologico cutaneo
- Esami microbiologici cutanei

Competenze cliniche - Scheda n. 3.2

Scuola di specializzazione in Ematologia**Descrizione**

Questo ambito riguarda la cura di Pazienti con malattie del sangue, del midollo osseo, del sistema linfatico e include varie patologie, quali le anemie, le neoplasie ematologiche, i processi di espansione clonale, le malattie congenite e acquisite dell'emostasi, della coagulazione e della trombosi.

Il Medico specialista dovrebbe acquisire competenze per: a) individuare segni fisici, alterazioni di laboratorio e radiologiche relative al sistema linfoematopoietico; b) stabilire la necessità di un aspirato o di una biopsia midollare e di una biopsia linfonodale; c) effettuare una valutazione diagnostica iniziale e la terapia delle malattie dell'emostasi e della coagulazione; d) individuare le indicazioni e stabilire le procedure per la trasfusione di sangue e/o di emoderivati; e) la gestione del Paziente in terapia anticoagulante; f) la diagnosi e la terapia delle più comuni anemie; g) la farmacologia e l'uso dei più comuni farmaci chemioterapici; h) il trattamento delle neutropenie e l'impiego della terapia immunosoppressiva.

Le competenze di un Medico specialista possono variare in rapporto alla disponibilità di uno Specialista ematologo nella specifica struttura nella quale opera. Ad esempio, in alcune situazioni particolari, il Medico specialista può essere responsabile dell'esame del midollo osseo e della somministrazione di chemioterapici per alcune patologie ematologiche, sempre in stretta collaborazione con il consulente ematologo.

Lezioni, Seminari, Tavole Rotonde

Nozioni di fisiopatologia dell'emolinfopoiesi; inquadramento e diagnostica delle principali patologie a carico di eritrociti, leucociti e piastrine; classificazione e diagnostica delle principali emopatie maligne; gestione diagnostico-terapeutica delle principali patologie del sistema emocoagulativo; ruolo della Medicina Trasfusionale e del trapianto di cellule staminali emopoietiche; il laboratorio di Ematologia; emergenze in Ematologia.

Presentazione di casi clinici esemplificativi

- Sindrome emorragica;

- Anemia carenziale;
- Leucemia acuta e cronica;
- Linfoma maligno;
- Gammopatie monoclonali;
- Complicanze infettive nel Paziente immunocompromesso

Presentazioni cliniche più frequenti (casi clinici, con diagnosi definitiva, prognosi e terapia, prevenzione e riabilitazione)

- Alterazioni dell'esame emocromocitometrico o dello striscio periferico
- Emorragie, ematomi e petecchie
- Anamnesi familiari di anemia o di patologie emorragiche
- Linfadenopatia
- Pallore, astenia
- Infezioni ricorrenti o febbre o neutropenia
- Splenomegalia
- Trombosi venosa superficiale o profonda, trombosi arteriosa, trombosi ricorrente

Procedure diagnostiche

Dimostrazione o partecipazione attiva alle seguenti procedure diagnostiche: prelievo di sangue da catetere venoso centrale; agoaspirato midollare; biopsia osteomidollare; rachicentesi terapeutica.

Richiesta, comprensione e interpretazione di test

- Striscio periferico
- Aspirato midollare
- Aspirato midollare e biopsia ossea: colorazioni speciali
- Studio dei cromosomi nel sangue periferico e nel midollo osseo
- Test di coagulazione, incluso lo studio dei fattori della coagulazione e dei prodotti di degradazione del fibrinogeno
- Elettroforesi dell'emoglobina
- Studio del metabolismo del ferro
- Biopsia del linfonodo e immunofenotipo delle cellule linfatiche
- Studio radiologico, ecografico e nucleare per valutare le adenopatie, la splenomegalia e la massa dei globuli rossi
- Elettroforesi del siero e delle urine; immunoglobuline del siero e delle urine; proteinuria di Bence Jones
- Autoimmunità sierica e valori del complemento

Competenze cliniche - Scheda n. 3.3

Scuola di specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Ricambio

Descrizione

Questo settore riguarda la diagnosi e la terapia delle malattie del sistema endocrino. I principali problemi che il Medico Internista dev'essere in grado di affrontare sono i seguenti: gozzo, noduli tiroidei, alterata funzionalità della tiroide, diabete mellito, iper e ipocalcemia, iper e ipofunzione surrenalica, ipertensione endocrina, malattie delle gonadi, iper e iponatriemia, alcune manifestazioni dei tumori ipofisari, malattie demineralizzanti dell'osso, dislipidemie, malattie del metabolismo purinico. L'obesità è considerata parte dello spettro delle malattie endocrine, sia per problemi di diagnosi differenziale, sia per i rapporti con il diabete mellito non insulinodipendente. Le conoscenze relative alla prevenzione riguardano le complicanze delle dislipidemie, dell'obesità, dell'alterata funzionalità della tiroide e del diabete mellito e gli effetti avversi di tipo endocrinologico dei farmaci glucocorticoidi e di altri preparati farmacologici.

Il Medico specialista dev'essere in grado di valutare e curare le malattie endocrine più comuni e di conoscerne l'evoluzione. Egli deve anche conoscere le complicanze di tali patologie e quando coinvolgere nella decisione diagnostica e terapeutica lo Specialista Endocrinologo. Il Medico specialista ha un ruolo primario nella diagnosi e nella terapia delle emergenze endocrinologiche, particolarmente di quelle osservabili in una unità di terapia intensiva, inclusa la chetoacidosi diabetica, il coma iperosmolare, la grave iper o ipocalcemia, iper o iposodiemia e le crisi di iposurrenalismo.

Presentazioni cliniche più frequenti (casi clinici, con diagnosi definitiva, prognosi e terapia, prevenzione e riabilitazione)

- Astenia
- Dislipidemia
- Galattorrea
- Dismenorrea
- Alterata funzionalità delle gonadi e della funzione sessuale
- Diarrea
- Disturbi della pigmentazione cutanea
- Gozzo

- Irsutismo
- Ipertensione refrattaria alla terapia
- Ipotensione
- Riconcontro accidentale di alterazioni elettrolitiche, di calcio, fosforo, glucosio, acido urico
- Alterazioni delle funzioni cognitive
- Osteopenia, osteoporosi
- Polidipsia
- Iper o ipoglicemia
- Sintomi di iper o ipocatabolismo
- Calcolosi delle vie urinarie
- Calo ponderale
- Aumento ponderale, obesità

Procedure diagnostiche

- Test di soppressione con desametasone
- Monitoraggio glicemico ambulatoriale

Richiesta, comprensione e interpretazione di test

- Densitometria minerale ossea
- Glicemia a digiuno e post-prandiale
- OGTT ed emoglobina glicata
- Studio della regione ipotalamo-ipofisaria
- Microalbuminuria
- Fosfatasi alcalina
- Chetoni nelle urine
- Osmolarità sierica e urinaria
- Gonadotropine sieriche
- Profilo lipidico
- Calcio e fosforo nel siero e nelle urine
- Acido urico nel siero e nelle urine
- Vitamina D e paratormone
- Concentrazione sierica di testosterone, prolattina, ormoni tiroidei
- Ecografia della tiroide e scintigrafia della tiroide e delle paratiroidi
- Sodio e potassio nel siero e nelle urine
- Catecolamine urinarie, metanefrine acido vanilmandelico, acido 5-idrossi-indolacetico

Competenze cliniche - Scheda n. 3.4

Scuola di specializzazione in Gastroenterologia

Descrizione

Questo settore di conoscenze e competenze riguarda l'approccio a Pazienti con Malattie Digestive intendendosi quelle del tratto gastro-enterico (esofago, stomaco, duodeno, intestino, colon e retto), del fegato, delle vie biliari e del pancreas. Comprende cioè le patologie di organi intraddominali, e in parte, intratoracici: l'esofago e retroperitoneali: il pancreas.

Inoltre viene richiesta una conoscenza di manifestazioni patologiche a carico di altri organi, apparati e sistemi che possono essere associati a Malattie Digestive Primitive oppure che possono manifestarsi come secondarietà a carico dell'Apparato Digestivo, del Fegato e del Pancreas. Ulteriori settori caratteristici di conoscenza sono quelli che riguardano l'Oncologia, l'Alimentazione e Nutrizione (obesità, malnutrizione e nutrizione clinica). Infine si devono aggiungere le conoscenze che riguardano gli *screening* di popolazione, comprese quelle a rischio per patologie oncologiche, immunitarie e nutrizionali.

Il Medico specialista deve acquisire ampie competenze in Gastroenterologia, Epatologia e Patologia Bilio-Pancreatica. Deve essere in grado cioè di saper interpretare e valutare i sintomi e i segni che si associano alle patologie primitive in genere ed in parte secondarie dell'Apparato Digestivo. Conoscere le basi dei principi

terapeutici per gran parte di queste malattie e inoltre essere in grado di individuare indirizzi di prevenzione primaria e secondaria.

Al Medico specialista non è richiesto l'effettuazione della maggior parte delle procedure diagnostiche per le quali è richiesto invece uno specifico addestramento e specifiche competenze proprie dello Specialista Gastroenterologo. Il Medico specialista invece deve essere in grado di conoscere le indicazioni, le controindicazioni, le eventuali complicanze delle procedure diagnostiche specifiche della Disciplina ed essere inoltre in grado di saperle interpretare.

Presentazioni cliniche più frequenti (casi clinici, con diagnosi definitiva, prognosi e terapia, prevenzione e riabilitazione)

- Nausea e vomito
- Dispepsia
- Anoressia
- Pirosi, rigurgito, disfagia e disturbi della deglutizione
- Dolore toracico non cardiaco
- Gonfiore addominale, eccesso di gas intestinali
- Dolore addominale, acuto, cronico
- Sindromi subocclusive e occlusive
- Stipsi acuta e cronica
- Disturbi ano-rettali, incontinenza fecale
- Anemia da perdita, da malnutrizione e da malassorbimento
- Ematemesi, melena, emorragia gastrointestinale, rettorragia

- Test di alterata funzione epatica
- Ittero e insufficienza epatica
- Ascite
- Diarree
- maldigestione, malassorbimento,
- Malnutrizione e perdita di peso
- Alterazione delle funzioni pancreatiche

Procedure diagnostiche

- Posizionamento di sondino naso-gastrico
- Paracentesi
- Anoscopia
- Posizionamento di sonda di Sengstaken-Blakemore (opzionale)

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test

- Ph-manometria esofagea, studio dello svuotamento gastrico
- Test del respiro (*Breath Test*) per ricerca Helicobacter Pylori,

- Deficit di Lattasi, Contaminazione Intestinale
- Esofagogastroduodenoscopia e Colonscopia + biopsia, Eco-endoscopia
- Ecografia addominale, fegato, vie biliari, pancreas e anse intestinali
- ERCP (Colangiografia Endoscopica Diagnostica Retrograda) terapeutica per le patologie biliari e biliopancreatiche
- TAC, risonanza magnetica nucleare, colangiorisonanza magnetica, arteriografia
- Studi radiografici con mezzi di contrasto (tratto digestivo, intestino tenue e clisma doppio contrasto)
- Esame parassitologico e culturale delle feci
- Sangue occulto fecale
- Determinazione quantitativa dei grassi fecali
- Test sierologici per patologie del fegato, del pancreas di ordine virale, metabolico, infiammatorio, oncologico e genetico
- Biopsia epatica
- TIPS (*Trans Jugural Intrahepatic Portosystemic Shunt*)

Competenze cliniche - Scheda n. 3.5

Scuola di specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare

Descrizione

La conoscenza delle malattie cardiovascolari comporta la prevenzione, la diagnosi, la terapia e la riabilitazione di numerose malattie del sistema cardiovascolare, incluse la malattia ischemica cardiaca, le aritmie, le cardiomiopatie, le malattie cardiache valvolari, le pericarditi, le miocarditi, le endocarditi, le malattie cardiache congenite dell'adulto, l'ipertensione arteriosa, lo scompenso cardiaco, le malattie delle arterie e delle vene e le malattie del circolo polmonare. Elementi importanti di competenze cardiologiche sono il trattamento dei fattori di rischio, la diagnosi precoce e le possibilità di intervento medico per malattie cardiache già manifeste.

Il Medico specialista dev'essere in grado di attuare una prevenzione primaria e secondaria e di iniziare una adeguata terapia per l'intero spettro delle malattie cardiovascolari. La necessità di ulteriori competenze in questo settore è correlata con la disponibilità di Specialisti Cardiologi nella specifica sede di lavoro. In alcune realtà assistenziali, infatti, il Medico specialista può essere il solo responsabile della diagnosi e della terapia di malattie cardiovascolari complesse che richiedono un monitoraggio emodinamico intensivo (per esempio, un cateterismo dell'arteria polmonare) in una unità di terapia intensiva.

Presentazioni cliniche più frequenti (casi clinici, con diagnosi definitiva, prognosi e terapia, prevenzione e riabilitazione)

- Abnorme reperto ascoltorio cardiaco (soffi e toni aggiunti)
- Dolore toracico anteriore e posteriore
- Dispnea
- Astenia

- Facile stancabilità, intolleranza allo sforzo
- Ipertensione arteriosa
- Claudicatio intermittens
- Edemi declivi
- Cardiopalmo
- Malattia vascolare periferica
- Fattori di rischio cardiovascolare e tabelle del rischio
- Sincope, lipotimia, presincope, offuscamento del visus
- Shock, collasso cardiovascolare

Procedure diagnostiche

- BLS (*Basic Life Support*), ACLS (*Advanced Cardiovascular Life Support*)
- Inserzione di catetere nell'arteria polmonare (opzionale)
- Applicazione di pace-maker temporaneo (opzionale)

Richiesta, comprensione e interpretazione di test

- Elettrocardiogramma normale e da sforzo
- Ergometria
- ECG-Holter
- Ecocardiogramma
- Ecodoppler arterioso e venoso
- Monitoraggio ECG ambulatoriale
- Cateterismo ventricolare sinistro e angiografia coronarica
- Scintigrafia miocardica
- Cateterismo ventricolare destro
- Ecostress
- Tilt-test
- Ecodoppler arterioso e venoso

Competenze cliniche - Scheda n. 3.6

Scuola di specializzazione in malattie dell'Apparato Respiratorio

Descrizione

La pneumologia è la disciplina che comprende la diagnosi e la terapia delle malattie del polmone, delle vie respiratorie superiori, della cavità toracica e della parete del torace. Il Medico specialista dovrebbe essere in grado di valutare e di diagnosticare la tosse, la dispnea, la febbre associata ad infiltrati polmonari, le masse o i noduli presenti alla radiografia del polmone, le pleuriti e i versamenti pleurici. Egli dev'essere anche in grado di diagnosticare e di trattare Pazienti affetti dalle più comuni infezioni respiratorie; di iniziare il procedimento diagnostico nella valutazione delle neoplasie polmonari; di riconoscere per iniziare ad affrontare con adeguata terapia l'insufficienza respiratoria, compresi i Pazienti ricoverati in terapia intensiva.

Il Medico è indirizzato dallo Specialista Pneumologo nelle procedure diagnostiche e terapeutiche di patologie complicate, quali l'insufficienza respiratoria avanzata. Nell'auspicio che tali competenze siano largamente diffuse, se non è possibile disporre, il medico specialista potrà, dopo un adeguato addestramento teorico-pratico, assumere le abilità e le competenze per la esecuzione di queste procedure.

Presentazioni cliniche più frequenti

- Dolore toracico
- Tosse
- Dispnea, astenia
- Eccessiva sonnolenza diurna
- Paziente con febbre e infiltrati polmonari
- Emoftoe
- Noduli o masse alla radiografia del torace

- Versamento pleurico o pleurite
- Raucedine o tirage
- Rantoli

Procedure diagnostiche

- Prelievo per emogasanalisi
- Aspirazione secrezioni tracheobronchiali
- Monitoraggio della saturazione di ossigeno
- Test cutanei comuni per allergia e tubercolosi
- Spirometria e valutazione dei flussi (opzionale)
- Toracentesi
- Biopsia pleurica (opzionale)

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test

- Principi generali di comprensione dei Test di funzionalità respiratoria (spirometria, volumi respiratori, capacità di diffusione dei gas, curve di flusso)
- Indicazioni al cateterismo arterioso polmonare
- Endoscopia bronchiale medica escluse le manovre invasive
- Test di tolleranza allo sforzo
- Principi generali di comprensione di TC e RMN del torace
- Indicazioni alla richiesta di esami citologici ed istopatologici di campioni bioptici della pleura e del polmone
- Indagini diagnostiche di trombosi venosa e di embolia polmonare
- Analisi del liquido pleurico
- Indicazioni all'angiografia polmonare
- Indicazioni e principi generali di Polisonnografia
- Indicazioni e principi generali di interpretazione Scintigrafia perfusionale e ventilatoria

Competenze cliniche - Scheda n. 3.7

Scuola di specializzazione in Malattie Infettive

Descrizione

Questa disciplina richiede la conoscenza e le competenze nei settori della microbiologia, della prevenzione e delle malattie causate da infezioni virali, batteriche, fungine e da parassiti, compreso l'uso adeguato degli agenti antimicrobici, dei vaccini e di altri prodotti dotati di proprietà immunobiologiche. Elementi rilevanti di conoscenza riguardano i fattori ambientali, occupazionali e dell'ospite correlati alla predisposizione alle infezioni, così come i principi di base dell'epidemiologia e della trasmissione delle infezioni.

Il Medico specialista dovrebbe acquisire le capacità e le competenze per una adeguata prevenzione, diagnosi e terapia delle infezioni più diffuse (incluso l'impiego ottimale delle immunizzazioni e della chemioprophilassi). Il medico dovrebbe anche conoscere l'approccio diagnostico e terapeutico dei pazienti con infezione da HIV, sia precoce sia avanzata, comprese le manifestazioni della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). Infine il medico specialista deve comprendere l'importanza della notifica di malattie infettive alle autorità sanitarie responsabili della sorveglianza epidemiologica.

Presentazioni cliniche più frequenti (casi clinici, con diagnosi definitiva, prognosi e terapia, prevenzione e riabilitazione)

- Cellulite
- Perdite vaginali e uretrali
- Vomito e diarrea
- Disturbi della minzione
- Febbre, compresa la febbre nel paziente immunocompromesso e

- la FUO; febricola
- Ittero ed epatite
- Versamento articolare
- Ulcere da decubito o agli arti
- Linfadenopatie
- Cefalea e Meningite
- Tosse produttiva, infiltrati polmonari
- Esantema (eritema, petecchie, porpora, vescicole)
- Occhio rosso
- Ascesso cutaneo

Procedure diagnostiche

- Adeguata raccolta di campioni per esame culturale (cavo orofaringeo, escreato, cervice, retto, uretra, sangue, lesione cutanea)
- Test cutanei alla tubercolina o per valutare uno stato di anergia
- Rachicentesi, artrocentesi, paracentesi, toracentesi

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test

- Sierologia per infezioni
- Esami culturali
- Test di sensibilità agli antibiotici ed agli antimicotici
- Emocromo e formula leucocitaria
- Esame istologico
- Sottopopolazioni linfocitarie;
- Esame del liquido cerebro-spinale
- Esame delle urine
- Test ELISA, PCR, Immunoblot

Competenze cliniche - Scheda n. 3.8

33

Scuola di specializzazione in Medicina Tropicale

Descrizione

La disciplina della Medicina Tropicale è finalizzata a fornire le conoscenze e le competenze nei settori della microbiologia, della prevenzione e delle malattie causate da infezioni virali, batteriche, fungine e da parassiti ad interesse prevalentemente tropicale, compreso l'uso adeguato degli agenti antimicrobici e dei vaccini. Oltre alle problematiche più squisitamente infettivologiche *sensu strictu*, la medicina tropicale affronta anche tematiche multidisciplinari (nutrizionali, genetiche, etno-antropologiche, etc.) connesse allo sviluppo di patologie in determinati contesti geografici e socio-economici. Tuttavia, la definizione di "tropicale" deve essere modernamente intesa non come connotazione meramente geografica, in quanto gli attuali fenomeni della globalizzazione, della migrazione e più in generale della mobilità umana, rendono oggi possibile il verificarsi anche nei Paesi del Nord del mondo di patologie un tempo geograficamente confinate nella fascia intertropicale del globo.

Obiettivi dell'attività formativa didattica

- Comprendere il fenomeno della globalizzazione delle malattie infettive
- Comprendere il fenomeno delle infezioni emergenti e riemergenti
- Conoscere i fondamenti della medicina delle migrazioni
- Conoscere i fondamenti della medicina dei viaggi
- Conoscere i fondamenti epidemiologici e clinici delle principali malattie infettive a prevalente espressione tropicale (malaria, ame-

biasi, tubercolosi, leishmaniosi, trypanosomiasi americana ed africana, etc.)

- Conoscere l'importanza della notifica di malattie infettive alle autorità sanitarie responsabili della sorveglianza epidemiologica

Presentazioni cliniche più frequenti (casi clinici, con diagnosi definitiva, prognosi e terapia, prevenzione e riabilitazione)

- La febbre al ritorno dai tropici
- Gli esantemi e le manifestazioni cutanee al ritorno dai tropici
- La diarrea al ritorno dai tropici
- L'ittero al ritorno dai tropici
- Prevenzione delle infezioni nel viaggiatore a destinazione tropicale

Procedure diagnostiche

- Adeguata raccolta delle informazioni anamnestiche finalizzate ad evidenziare viaggi in area tropicale
- Emoscopia per malaria
- Ecografia per ascessi epatici

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test

- Emocromo e formula leucocitaria
- Sierologia per infezioni tropicali
- Ricerca di parassiti nelle feci e nelle urine,
- Ricerca di parassiti nel sangue ed in altri materiali biologici
- Esami culturali
- Test di sensibilità agli antibiotici ed agli antimicotici

Competenze cliniche - Scheda n. 3.9

Scuola di specializzazione in Nefrologia

Descrizione

Questo settore di conoscenze e competenze riguarda l'approccio ai pazienti con disordini del metabolismo idrosalino ed acido-base e della osmolarità plasmatica, con sindrome nefritica o sindrome nefrosica, con ematuria, proteinuria, oliguria, poliuria, disuria, piuria, nefrolitiasi. Riguarda inoltre l'inquadramento generale del paziente con insufficienza renale acuta e malattia renale cronica e del paziente in terapia sostitutiva con dialisi e trapianto.

Il Medico specialista deve acquisire le competenze necessarie per impostare una corretta terapia in condizioni di deplezione o eccesso di volume extracellulare, di ipo- o iperosmolarità plasmatica, di ipo- o iperpotassiemia, di acidosi e alcalosi metabolica. Deve saper riconoscere il coinvolgimento renale in malattie sistemiche o metaboliche, in particolare nella ipertensione, nel diabete, nelle malattie autoimmuni e nella malattia cardiovascolare. Deve saper avviare l'algoritmo diagnostico in caso di oliguria, ematuria, proteinuria e poliuria, deve sapere come si misura la funzione renale e deve conoscere l'epidemiologia della malattia renale cronica ed i principi generali della sua prevenzione e della prevenzione delle comorbilità ad essa associate. Deve conoscere i farmaci di uso più comune che sono metabolizzati o escreti dal rene.

Presentazioni cliniche più frequenti

- Edema
- Oliguria
- Anuria
- Ematuria
- Proteinuria
- Leucocituria
- Ipertensione

- Anemia
- Aritmia cardiaca
- Astenia
- Nausea, vomito, dolore colico lombare/addominale
- Disuria
- Poliuria
- Iperazotemia
- Dispnea
- Edema polmonare
- Crampi
- Sete

Procedure diagnostiche

- Esame dell'urina con stix
- Ecografia renale
- Calcolo del filtrato glomerulare utilizzando la formula di Cockcroft-Gault o MDRD

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test

- Esame dell'urina
- Emogasanalisi
- Urinocoltura
- Clearance della creatinina
- Calciuria, uricuria, ossaluria, citratu
- Osmolarità plasmatica ed urinaria
- Elettroliti plasmatici ed urinari
- Elettroforesi delle proteine plasmatiche
- Ecografia renale
- Urografia
- TC renale
- RM renale
- Aortografia con angiografia delle arterie renali

Competenze cliniche - Scheda n. 3.10

Scuola di specializzazione in Neurofisiopatologia

Le conoscenze proprie della Neurofisiopatologia riguardano il corretto inquadramento diagnostico e la terapia delle malattie neurologiche, sia da interessamento del Sistema Nervoso Centrale che Periferico. In particolare si richiede di conoscere le indicazioni e di sapere eseguire ed interpretare indagini neurofisiologiche molto complesse che spaziano dall'elettroencefalografia (con tutte le sue più moderne applicazioni) all'elettromiografia, risposte evocate, etc.

L'esecuzione di tali indagini e la loro corretta valutazione è necessaria in particolare nell'ambito di tutte quelle malattie neurologiche ed internistiche in cui si verifichi un disturbo di coscienza (critico o stabilizzato) e disturbi della funzionalità neuro-muscolare.

I saperi minimi che lo Specialista di area medica deve possedere, qualunque sia la sua specializzazione, riguardano i principali gruppi di malattie neurologiche e per quali patologie neurologiche e/o internistiche sia indicata l'effettuazione della diagnostica neurofisiologica.

Presentazioni cliniche più frequenti
- Sindromi epilettiche

- Manifestazioni parossistiche non epilettiche
- Disturbi della vigilanza e della coscienza
- Disturbi del sonno
- Patologie neuromuscolari di origine centrale e periferica
- Disordini del movimento

Richiesta, comprensione ed interpretazione dei test

- Esame elettroencefalografico (EEG) standard, con prove di attivazione
- Esame EEG in sonno e dopo privazione di sonno
- Esame EEG con Poligrafia
- Esame EEG Dinamico (24-48 ore)
- Video-elettroencefalografia (Video-EEG)
- Monitoraggi neurofisiologici in Camera operatoria ed in Rianimazione
- Valutazione neurofisiologica per Accertamento di morte
- Esame Elettromiografico ed Elettroencefalografico
- Potenziali Evocati (Somatosensoriali, Acustici, Visivi, etc)
- Reflessologia
- Tests neurovegetativi

Competenze cliniche - Scheda n. 3.11

Scuola di specializzazione in Neurologia

Descrizione

Questa disciplina comprende problematiche relative alla prevenzione e alla terapia delle malattie del sistema nervoso centrale e periferico. Il Medico specialista dovrebbe acquisire conoscenze e competenze in diversi settori della neurologia: essere capace di effettuare e di interpretare un esame neurologico dettagliato; conoscere la prevenzione primaria e secondaria delle malattie neurologiche; avere familiarità con le caratteristiche di presentazione, con la diagnosi e con la terapia delle malattie neurologiche più comuni. Il Medico specialista può incontrare problemi di tipo neurologico in varie situazioni di lavoro, come l'ambulatorio, la corsia dell'ospedale, la lungodegenza e il domicilio. In quelle situazioni nelle quali il Neurologo non è disponibile, lo Specialista deve essere in grado di riconoscere e affrontare anche patologie neurologiche complesse (ad esempio, una crisi epilettica).

Presentazioni cliniche più frequenti

- Le turbe della vigilanza e della coscienza. Gli stati confusionali. Il coma
- Vasculopatie cerebrali acute
- Meningiti. Encefaliti
- La sindrome da ipertensione endocranica. Processi espansivi endocranici. Idrocefalo
- Traumi cranio-encefalici. Commozione. Contusione. Ematomi
- La sclerosi multipla
- I disordini del movimento. Morbo di Parkinson e sindromi parkinsoniane
- Malattie erodegenerative: La sclerosi laterale amiotrofica. Le

eredoatassie

- Le epilessie. Altri eventi critici cerebrali (crisi sincopali, psicogene ed altre)
- Cefalee e Algie cranio-facciali
- Sindromi midollari. Mielopatie compressive, infettive, vascolari
- Sindromi radicolari. Cervico-brachialgie. Lombosciatalgie.
- Malattie dei nervi periferici
- Malattie dei muscoli e della giunzione neuromuscolare
- Encefalopatie tossiche e dismetaboliche.
- Le demenze primarie e secondarie: Malattia di Alzheimer, Demenza vascolare
- Le malattie psicosomatiche

Procedure diagnostiche

- Esame neurologico dettagliato
- Mini Mental State Examination

Richiesta, comprensione e interpretazione degli accertamenti diagnostici

- Elettroencefalogramma, potenziali evocati
- Elettromiogramma, studio della velocità di conduzione del nervo
- Tomografia computerizzata, risonanza magnetica del sistema nervoso centrale
- Angiografia cerebrale
- Ecodoppler dei tronchi sovraortici e intracranico
- Rachicentesi e liquido cefalo-rachidiano
- Biopsia di muscolo e di nervo
- Studio del sonno
- Livello ematico di farmaci anticonvulsivanti
- Screening per sostanze tossiche o metalli pesanti

Competenze cliniche - Scheda n. 3.12

Scuola di specializzazione in Psichiatria

Descrizione

Questo settore di conoscenze e competenze riguarda l'approccio ai pazienti con malattie mentali. Esso comprende sia patologie che possono essere considerate primarie, sia patologie mentali che concomitano o sono in stretto rapporto con malattie internistiche.

Lo Specialista di area medica, dovrebbe acquisire competenze trasversali che riguardano un corretto rapporto medico-paziente, una buona capacità di ascolto attivo, ed una sensibilità a cogliere elementi psicopatologici che possono essere collegati sia ad una malattia mentale e sia ad un disagio di vivere una malattia internistica. Lo specializzando di area medica, deve essere consapevole che le persone con patologia fisica, spesso presentano sintomi e segni che devono essere identificati e quindi anche trattati nel modo più razionale. Molte malattie internistiche come per esempio il diabete, le malattie metaboliche, le malattie della tiroide, molte malattie neurologiche, le malattie dell'invecchiamento, spesso si accompagnano ad una sofferenza psicopatologica che complica la prognosi e l'esito del trattamento della malattia di base. Durante la pratica clinica lo specializzando dovrà essere in grado di affrontare anche comportamenti problematici aggressivi e ostili che possono insorgere anche in persone con problemi fisici a volte causati da farmaci e psicofarmaci che possono indurre stati confusionali e oniroidi. Infine lo specializzando imparerà che soprattutto le persone anziane, durante il ricovero, possono elaborare comportamenti e ideazioni improntate alla diffidenza, alla sospettosità, collegati soprattutto alla reazione da sradicamento rispetto alle proprie abitudini e al proprio domicilio. La transitorietà del quadro clinico non deve indurre l'operatore ad un atteggiamento di trascuratezza ma anzi deve stimolare un approccio di tipo protettivo e rassicurante.

Presentazioni cliniche più frequenti

- Ansia e le sue varie manifestazioni, Attacchi di Panico, Fobie, Ossessioni

- Quadri di Insonnia o di Sonnolenza diurna
- Una condizione Depressiva a volte sottosoglia ma comunque invalidante
- Disturbi Somatoformi in cui il disagio psicologico si esprime coinvolgendo il corpo in assenza di alterazioni organiche
- Disturbi Psicotici in cui prevale la diffidenza e la sensazione di essere perseguitati
- Condizioni di acuzie, di agitazioni, di profonda sofferenza cui è necessario rispondere con tecniche e con comportamenti rasserenanti ma decisi

Procedure Diagnostiche

- Conoscenza diretta del manuale diagnostico-statistico DSM-IV utile anche all'internista per impostare insieme allo psichiatra una diagnosi psichiatrica ragionata

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test

- Test che aiutano ad approfondire la personalità del soggetto in quanto gli aspetti personali possono condizionare l'adesione al trattamento terapeutico, la modalità di vivere una malattia fisica, etc. (per esempio l'MMPI)
- Strumenti semplici per valutare i gradi di sofferenza psicopatologica espressa dall'ansia, dalla depressione (Hamilton Rating Scale per la Depressione e per l'ansia).
- Strumenti autocompilati che permettono al paziente anche con malattie fisiche di diventare consapevole della quota d'ansia e depressiva che spesso la condizione di malattia comporta.
- Semplici strumenti per valutare l'adesione al trattamento indagando nel contempo la consapevolezza delle persone nei riguardi dell'opportunità di curarsi.
- Semplici strumenti per valutare le conseguenze della malattia anche fisica sugli aspetti più rilevanti della vita che riguardano la sua vita familiare, i suoi rapporti vitali, i suoi rapporti affettivi con i proprio cari e l'attività di studio o di lavoro.

Competenze cliniche - Scheda n. 3.13

Scuola di specializzazione in Reumatologia

Descrizione

Questo settore di conoscenze e competenze riguarda l'approccio ai Pazienti con malattie di interesse reumatologico. Comprende patologie delle articolazioni a carattere infiammatorio o degenerativo isolate o associate a malattie sistemiche, connettiviti, vasculiti, patologie dell'osso e reumatismi extra-articolari, localizzati e generalizzati. Si ritiene indispensabile l'acquisizione di competenze sulla corretta interpretazione dei principali quadri clinici, sull'impostazione della terapia del dolore e l'eventuale necessità di una terapia di fondo, sulle manifestazioni articolari delle malattie endocrino-metaboliche, ematologiche, cardiovascolari, pneumologiche, gastroenteriche, nefrologiche, dermatologiche.

Obiettivi dell'Attività Formativa Didattica

Lezioni, Seminari, Tavole Rotonde

- Conoscenza degli aspetti demografici ed epidemiologici delle malattie reumatiche (prevalenza ed incidenza delle malattie di interesse reumatologico e loro impatto sociale)
- Conoscenza dei principali meccanismi patogenetici alla base delle malattie reumatiche (patogenesi delle malattie a carattere degenerativo ed infiammatorio dell'apparato muscoloscheletrico e delle principali manifestazioni sistemiche delle connettiviti e delle vasculiti)
- Conoscenza dei principali quadri clinici reumatologici: il dolore infiammatorio e meccanico; l'esame clinico reumatologico; artrosi; artriti; patologie della colonna vertebrale, i reumatismi extra-articolari; le principali manifestazioni sistemiche delle malattie di interes-

se reumatologico.

- Farmacologia clinica reumatologica (saper prescrivere l'adeguata terapia farmacologica per il controllo del dolore e valutazione delle eventuali terapie di fondo per le differenti patologie di interesse reumatologico, tenendo conto delle possibili implicazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche dovute a eventuali comorbidità, interazioni fra farmaci, al riconoscimento e al monitoraggio delle reazioni avverse)

Presentazioni cliniche più frequenti

- Patologia articolare a carattere degenerativo
- Monoartrite
- Poliartrite
- Patologie della colonna vertebrale
- Reumatismi extra-articolari
- Connettiviti
- Vasculiti

Procedure diagnostiche

- Ecografia articolare
- Artrocentesi
- Esame liquido sinoviale
- Capillaroscopia

Richiesta, comprensione e interpretazione dei test:

- Reattanti della flogosi
- Autoanticorpi
- Esame del liquido sinoviale
- Tecniche di imaging di interesse reumatologico

Competenze cliniche - Scheda n. 3.14

Indice

ALLEGATI

Riassunto, 2
Presentazione, 3

1. Introduzione, 4

Il concetto di Tronco Comune e la normativa nazionale, 4 - Finalità e strutturazione del Tronco Comune, 5 - I contenuti formativi del Tronco Comune, 7 - Modalità di attività didattica del Tronco Comune, 8

2. Scheda raccolta dati, 10

3. Obiettivi formativi, didattici e professionalizzanti, propri della Medicina Interna per il Tronco Comune dell'Area Medica, 11

I valori centrali della Medicina Clinica, 11 - Le caratteristiche e le espressioni principali della Medicina Interna: il metodo clinico, 11

4. Obiettivi formativi, didattici e professionalizzanti, delle Classi della Medicina Clinica Generale, della Medicina Specialistica e delle Neuroscienze per il Tronco Comune dell'Area Medica, 12

5. Distribuzione delle attività didattiche e professionalizzanti negli anni: proposte e modelli, 13

Formazione in Medicina Clinica Generale, 14 - Formazione in Medicina Specialistica e in Neuroscienze, 16 - Attività di Guardia Medica, 16

6. Certificazione della frequenza e registrazione delle attività cliniche svolte, 19

7. Verifica dell'apprendimento e valutazione delle competenze e delle capacità cliniche, 19

Riferimenti bibliografici, 20

Allegato 1: Obiettivi formativi, didattici e professionalizzanti propri della Medicina Interna, 21

Esami diagnostici e di laboratorio e loro interpretazione, 21 - L'urgenza medica - Il paziente critico a rischio di morte, 21 - Le sindromi cliniche internistiche nei pazienti con polipatologia e complessità clinica, 22 - Attività di consulenza medica internistica e valutazione del rischio operatorio, 22 - La tossicodipendenza, 22 - La salute della donna, 23 - Le cure palliative e l'assistenza alla fine della vita, 23 - La nutrizione clinica, 24 - 1.9 Farmacologia clinica, 24

Allegato 2: Obiettivi formativi, didattici e professionalizzanti, della Classe della Medicina Clinica Generale per il Tronco Comune dell'Area Medica, 25

Scuole di Specializzazione in: Emergenza-Urgenza, 25 - Geriatria, 25 - Oncologia Medica, 26 - Medicina di Comunità, 26 - Medicina dello Sport, 27 - Medicina Termale, 27

Allegato 3: Obiettivi formativi, didattici e professionalizzanti delle Classi della Medicina Specialistica e delle Neuroscienze per il Tronco Comune dell'Area Medica, 28

Scuole di Specializzazione in: Allergologia e Immunologia Clinica, 28 - Dermatologia e Venereologia, 28 - Ematologia, 29 - Endocrinologia e Malattie del Ricambio, 30 - Gastroenterologia, 30 - Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, 31 - Malattie dell'Apparato Respiratorio, 32 - Malattie Infettive, 32 - Medicina Tropicale, 33 - Nefrologia, 33 - Neurofisiopatologia, 34 Neurologia, 34 - Psichiatria, 35 - Reumatologia, 35

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

Direttore Editoriale
Franco Dammacco

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