



## La formazione in medicina nel sistema universitario italiano: geriatria, medicina interna, medicina generale e medicina d'urgenza

### Medicine education in the academic medicine programs in Italy: internal medicine, geriatrics, emergency medicine and family medicine

G. SALVIOLI

Cattedra di Geriatria e Gerontologia, Università di Modena e Reggio Emilia

**Parole chiave:** Medicina • Insegnamento • Geriatria • Medicina d'urgenza • Medicina di famiglia

**Key words:** Medicine • Education • Geriatrics • Emergency medicine • Family medicine

### Premesse

Gli argomenti considerati e discussi nel Forum tenutosi a Modena il 19 e 20.9.2008 (<http://www.geriatria.unimo.it/PDF/Forum%20per%20sito.pdf>) hanno attinenza con recenti titoli di articoli comparsi su riviste scientifiche; in particolare: *Crisis in medical education and training; Care should be based on continuous healing relationships; Transitional care requires new competencies; Medicine must change to serve an ageing society; A challenge of academia: meeting the healthcare needs of the growing number of older adults; Revitalisation of primary care.*

La prevista revisione dell'ordinamento didattico del Corso di laurea di Medicina e Chirurgia – CLMeC, denominato LM-41 – richiede l'individuazione degli obiettivi formativi più urgenti del SSD MED/09 tenendo conto della realtà epidemiologica e demografica. Il CLMeC deve fornire allo studente la preparazione teorico-pratica necessaria all'esercizio della professione medica in autonomia (vedi G.U., serie generale 157 del 9.7.2007); nello schema di ordinamento didattico della LM-41, il SSD MED/09 si trova in diversi ambiti formativi con un numero di crediti formativi (CFU) incerto, da attribuire dalle singole sedi universitarie su proposta dei docenti.

È significativo che la verifica per l'abilitazione alla professione di medico-chirurgo riguardi ambiti disciplinari eminentemente clinici e pratici e fra questi anche la medicina generale. Negli ultimi decenni il Servizio sanitario nazionale (SSN) si è sviluppato (Fig. 1) senza che le Facoltà di Medicina adegua-



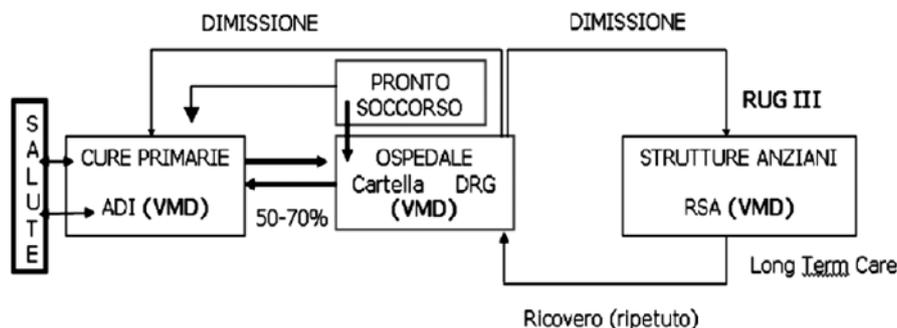
sero i *curricula* formativi dei diversi Corsi di laurea medico-sanitari alle nuove esigenze e alla crescente importanza di nuovi ambiti curativo-assistenziali, come per esempio le strutture per anziani, le cure domiciliari, la lungodegenza. In questi anni il Pronto Soccorso è diventato irrinunciabile sede didattica, ma in passato i Medici internisti non lo ritennero rilevante dal punto di vista formativo così come la medicina generale; mancarono illuminate scelte accademiche. La dimissione ospedaliera è diventata un momento fondamentale nell'organizzazione e nella qualità del sistema curativo; ma il problema non sembra oggetto di considerazioni didattiche e speculative.

Nella pratica medica e nelle attività formative dei corsi di laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia c'è troppo ospedale e poco territorio: una percentuale elevata di cittadini con problemi di salute si rivolge al Pronto Soccorso (PS) degli ospedali senza consultare il proprio medico, aumentando così la possibilità di ricoveri impropri; questo dato testimonia carenze della medicina territoriale priva di percorsi certi per chi ha bisogni; per questo le cure primarie dovrebbero avere adeguate risorse culturali (medicina accademica) ed economiche (servizio sanitario nazionale).

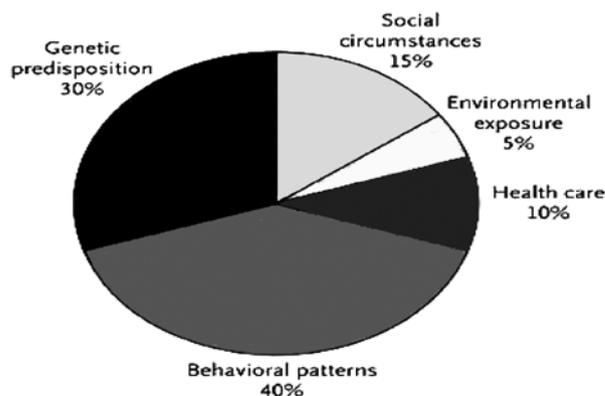
Nella programmazione didattica delle discipline del SSD MED/09 del CLMeC si dovrebbero tenere in considerazione la Figura 2: la rilevanza delle cure ospedaliere nell'evitare le morti premature è comparativamente modesta; dovrebbe essere lasciato più spazio all'apprendimento delle procedure per prevenire gli eventi che si realizzano nella vita quotidiana, sul lavoro, nel tempo libero e migliorare le condizioni ambientali e gli stili di vita (da: Schroeder SA. NEJM 2007;357:1221-8) in particolare l'esercizio fisico e l'alimentazione.

Il SSD MED/09 comprende discipline fondamentali per l'attività del futuro medico: oltre alla Medicina interna e alla Medicina d'urgenza, discipline che riguardano il *setting* ospedaliero, crescente è la rilevanza della Geriatria e della

**Fig. 1.** Le attività curativo-assistenziali dovrebbero coincidere con quelle didattico-formative; si evidenziano i diversi ambiti di cura, le transizioni fra gli stessi e alcune metodologie che dovrebbero essere fondamentali anche per la didattica. Il mantenimento della salute è un obiettivo primario delle cure primarie. VMD valutazione multidimensionale geriatrica; DRG *diagnosis related groups*; RUG III *resources utilization groups*; ADI: assistenza domiciliare integrata. La dimissione è momento critico: la transizione richiede molte volte un piano curativo-assistenziale. Il coinvolgimento del Nursing nelle varie sedi dovrebbe essere maggiore e qualificato. La didattica del CLMeC si svolge soltanto all'ospedale e quasi esclusivamente nei Reparti di degenza.



**Fig. 2.** Fattori che contribuiscono in varia misura alla mortalità prematura.



Medicina generale rivolte anche o in prevalenza ad ambiti curativi territoriali, trascurati nel curriculum del CLMeC e del Corso di laurea in Infermieristica: la distribuzione dei crediti formativi (CFU) e la utilizzazione di docenti universitari in questi ambiti è veramente scarsa o inesistente. In Europa e negli USA l'insegnamento extra-ospedaliero e i Dipartimenti didattici di cure primarie (*family medicine*) sono presenti in molti Atenei con risultati positivi anche nella ricerca; in Italia non succede. Analoga considerazione si deve fare per il nursing (Corso laurea in Infermieristica) tenendo presente che sarà crescente la richiesta di figure specializzate nell'assistenza delle persone anziane.

La decisione di delegare completamente l'insegnamento della medicina generale a docenti non universitari è stata debole ed improduttiva. Anche se il problema più enfatizzato a livello accademico è "ricerca & sviluppo" (la ricerca clinica applicata dovrebbe essere obiettivo prioritario), altrettanto importante è l'organizzazione e la qualità delle cure e il trasferimento delle nozioni là dove servono come è il caso appunto della medicina territoriale: questo obiettivo non è stato raggiunto. Pertanto si dovrebbero migliorare le performance didattiche della medicina accademica relativamente al SSD MED/09 utilizzando le risorse universitarie a disposizione e con nuovi ruoli nelle discipline più carenti (Medicina generale e Medicina d'urgenza).

Il SSD MED/09 non ha considerato per tempo le esigenze legate alla emergenza delle malattie cronico-degenerative e non tiene conto del *developmental model* che in molti casi giustifica il loro crescente peso epidemiologico; queste richiedono un approccio diverso al malato e ai suoi bisogni; nel modello curativo-assistenziale delle malattie croniche sono di estrema rilevanza gli interventi preventivi che si basano anche sull'informazione-educazione del paziente, aspetti carenti nell'approccio dell'attuale medicina generale che tende a curare il soggetto già malato. La Medicina accademica non ha manifestato adeguata cultura del futuro della sanità; questo non è stato vissuto come progetto, ma dominato dai tradizionali obiettivi come risulta dai curricula non proprio innovativi del CLMeC (se paragonati a quelli internazionali facilmente consultabili) e soprattutto dalla rinuncia a gestire la Medicina d'urgenza e la Medicina generale. Il conformismo storico ha impedito le iniziative e lo sviluppo di un pensiero indipendente.

In molte nazioni le Facoltà mediche sono distinte (nelle valutazioni complessive) in *research* e in *teaching*. Si tratta di due indirizzi diversi, ma fra loro fortemente connessi. Servono precise definizioni dei requisiti culturali e professionali (*skills*) minimi: non serve continuare ad affermare che la Geriatria non ha dato contributi utili e non aggiunge nulla alla medicina interna tradizionale che nel tempo si è spogliata delle innumerevoli virtù specialistiche: la VMD, che è lo strumento tecnologico clinico della Geriatria, è un notevole passo avanti nella cura ed assistenza delle malattie croniche che richiedono un approccio particolare in cui i processi sono importanti come gli *skills*.

Nella più recente evoluzione della medicina accademica hanno prevalso modificazioni di tipo economico e normativo; ben poco si è fatto per adattare la struttura organizzativa ed operativa delle aziende integrate ospedaliero-universitarie (AOU) alla *mission* fondamentale rappresentata da ricerca e didattica; il compito del Docente clinico è notoriamente tripartito fra educazione/ricerca/cura e come tale dovrebbe essere complessivamente valutato sia a livello accademico che ospedaliero-sanitario. I Dipartimenti integrati non sempre sono funzionali all'insegnamento e alla didattica formativa: l'ambiente assistenziale dovrebbero essere di supporto all'attività didattica che richiede esperienze dirette e qualificate utilizzando metodologie innovative; la formazione e l'insegnamento non possono prescindere da un contatto fra docenti e i singoli discenti che devono essere aiutati, consigliati e giudicati in itinere perché raggiungano la richiesta e necessaria professionalità. Quindi si ravvisa la necessità di rimodellare le aziende che fanno didattica in modo che in un circolo virtuoso assistenza e didattica si supportino vicendevolmente e tendano ad obiettivi comuni. Il caso della medicina generale, disciplina MED/09, delegata a Docenti a contratto, è un esempio negativo e non è in alcun modo riconducibile ad un modello virtuoso.

**Fig. 3.** Rapporti fra cure primarie, secondarie o intermedie (strutture per anziani, ma non solo) e terziarie (ospedale); l'uso di metodologie analoghe (cartella clinica informatizzata) facilita la qualità delle cure continue. Le attività didattico-formative del CLMeC avvengono esclusivamente e persistentemente nelle cure terziarie (ospedale).



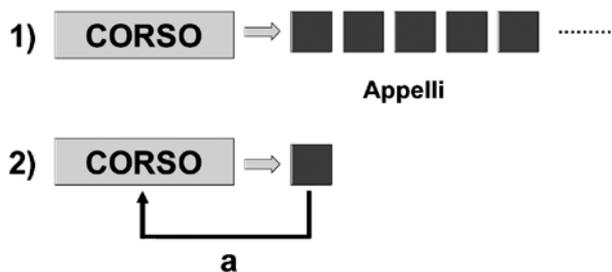
Oggi si parla sempre più di ricerca (gli studenti di Modena lamentano ben 12 lezioni sulle citochine nel corso dei 6 anni del CLMeC) che è elemento fondamentale per la valutazione della qualità del Docente; ben poco si conosce della qualità della didattica e soprattutto dell'assistenza dei Docenti universitari: si dà per scontato che essa sia efficace e di qualità; da questo punto di vista i criteri di valutazione dei Docenti MED/09 dovrebbero essere rivisti.

La verifica della preparazione effettiva dello studente è momento fondamentale per uniformare la didattica delle 4 discipline nelle diverse sedi universitarie. La verifica potrebbe essere accorpata in un esame unico (o doppio), proprio per i comuni contenuti culturali e professionali. Al termine dei corsi rispettivi lo studente non dovrebbe usufruire di un interminabile numero di appelli, ma come si fa in quasi tutte le università europee, ma è tenuto a sostenere l'esame di verifica con modalità da stabilire; se non lo sostiene è tenuto a ripetere il corso (Fig. 4). La disponibilità di sistemi informatici adeguati (di cui le Università sono dotate) dovrebbe consentire di affiancare il tradizionale esame orale ex-cattedra con procedure più appropriate come l'*objective structural clinical exam* (OSCE); la proposta di casi clinici da risolvere on-line sembra idonea a verificare la preparazione effettiva del candidato.

## Soluzioni da considerare e da discutere

Le considerazioni elencate si prestano a proposte da avanzare nelle sedi opportune (soprattutto nelle Facoltà) per migliorare la visibilità delle

**Fig. 4.** La modalità degli esami dovrebbe subire una profonda revisione; anziché l'innumerabile numero di appelli (è la situazione attuale) si dovrebbe optare per la soluzione 2) in cui al termine del corso lo studente sostiene l'esame; in caso contrario ripete il corso.



discipline del SSD MED/09 che hanno modeste risorse (di Docenti) e non usufruiscono di spazi adeguati nel SSD MED/09; se ne elencano alcune:

a) Per quanto riguarda la medicina generale si ritengono utili alcune iniziative tenendo presente la situazione attuale; nella IV sezione sono riportate alcune proposte con le azioni da intraprendere. Per esempio si può puntare alla creazione, su proposta del SSD MED/09 e su richiesta della Facoltà, alla istituzione di un laboratorio-ambulatorio didattico di Medicina generale in cui, d'accordo con l'azienda USL e le sue componenti medico-infermieristiche (di solito già organizzate in Dipartimenti di cure primarie), si mettono a punto metodologie didattiche per fornire al laureando conoscenze anche pratiche (*skill*) con le quali affrontare le emergenti esigenze di questo crescente ambito: prevenzione, partecipazione del cittadino, informazione ed educazione, attenzione ai problemi ambientali che influenzano la salute (attività fisica e alimentazione), diagnosi precoce utilizzando anche accertamenti strumentali elementari; maggiore attenzione alle informazioni fornite dall'anamnesi familiare per un'incisiva prevenzione in cui si tenga conto della terapia farmacologia e delle abitudini di vita, con particolare attenzione agli effetti avversi e al rischio clinico. L'utilizzazione della cartella clinica informatizzata deve essere implementata anche a questo livello: sarà quella della rete informatica della azienda ospedaliera o sanitaria che i corsi di laurea devono adottare e farne un obiettivo didattico fondamentale e qualificante. È questa la sede dove si insegna l'approccio alle malattie cronico-degenerative che colpiscono soprattutto le persone anziane che traggono giovamento da interventi preventivi; i segni e sintomi tradizionali non sono molto utili inizialmente: serve anche un'indagine funzionale facilmente eseguibile come la misura della velocità del cammino, il tempo per il *chair standing*, la misura della forza muscolare (*handgrip*) o più semplicemente la compilazione accurata della scala IADL (attività strumentali della vita quotidiana) o la corretta misurazione nel tempo del peso corporeo e dell'altezza o almeno dei farmaci assunti. Anche tecnologicamente la Medicina generale deve migliorare con la creazione di nuclei in cui i cittadini possono rivolgersi per consigli e per risolvere pro-

blemi contingenti. Un crescente numero di anziani accedono agli ambulatori del Medico di medicina generale (MMG) senza che questo abbia acquisito nel CLMeC un'adeguata esperienza per quanto riguarda l'approccio clinico basato sulla VMD, facendo esperienze in *setting* adeguati (strutture per anziani). È strategico che sia resa operativa la richiesta del Collegio dei Docenti di Medicina interna al Consiglio Universitario Nazionale dell'inserimento della Medicina di comunità fra le discipline comprese nel SSD MED/09 (e MED/38); la richiesta è del 2005, ma manca ancora l'approvazione anche se la Scuola di specializzazione in Medicina di Comunità è stata inserita nell'area medica (e non in quella dei servizi).

- b) Non poche Regioni hanno potenziato l'assistenza domiciliare integrata che nel 2006 è stata pari a 30,3 casi trattati per 1000 anziani (età > 65 anni) – la percentuale è del 55,9 per mille in Emilia Romagna; in alcune Regioni rimane attività marginale anche perché le Facoltà mediche non la propongono come attività formativa fondamentale; queste attività dovrebbero far parte del curriculum del Medico (Medicina generale) e anche dell'Infermiere; analoga considerazione deve essere fatta per le scuole di specializzazione dell'area medica. Gli argomenti formativi specifici sono diversi ed attengono alle diverse discipline del SSD MED/09. Per esempio non si dimenticare la crescente rilevanza della medicina palliativa, autentica cenerentola nei corsi di laurea e anche nelle scuole di specializzazione.
- c) La didattica della Medicina d'urgenza richiede applicazione e conoscenze specifiche, alquanto carenti fra i Docenti MED/09 che a vario titolo, ma in numero esiguo, insegnano questa fondamentale disciplina; questa operativamente si basa sull'obsoleto *triage* e sulla collaborazione operativa con infermieri dedicati alla compilazione di questo strumento. Si ricorda la *Society of Academic Emergency Medicine* (SAEM) che ha prodotto un curriculum di *clinical practice* al quale fare riferimento. Docenti MED/09 dovranno essere inseriti nelle strutture integrate che operano nei DEA in modo che progressivamente si possano formare e qualificare ed essere in grado di apportare competenza e contributi scientifici in un settore di fondamentale e crescente rilevanza ed impatto. Il numero
- di anziani che va al DEA è aumentato, ma i comportamenti e l'approccio sono sempre quelli; spesso l'anziano va al Pronto Soccorso senza consultare il Medico di famiglia; è dimesso senza ricevere adeguate attenzioni soprattutto nel senso della continuità delle cure. Si ritiene indispensabile la valutazione funzionale e cognitiva dell'anziano che va al Pronto Soccorso.
- d) Per quanto riguarda la disciplina Geriatria e Gerontologia: l'insegnamento dei fenomeni che si verificano durante l'invecchiamento a livello di prestazioni fisiche e mentali è fondamentale per ogni disciplina, in ogni corso di laurea e scuola di specializzazione; è una nuova e necessaria semeiotica e metodologia clinica basata sul rilievo delle prestazioni funzionali; pertanto serve un forte richiamo non solo all'"arte di visitare", ma anche ad integrare l'approccio con contenuti funzionali. Facendo riferimento alla Figura 1 è evidente che la didattica e la formazione geriatrica deve essere spalmata su tutti i *setting* descritti anche nella Figura 3, L'utilizzazione di una o più strutture intermedie residenziali-sanitarie (RSA d'insegnamento) per la didattica è da prevedere nei corsi di laurea in medicina e chirurgia, in infermieristica e anche in fisioterapia oltre che nelle scuole di specializzazione dell'area medica (tronco comune?); in questa sede si insegneranno i principi della valutazione multidimensionale geriatrica e delle metodologie più appropriate per affrontare con tecnologia adeguata le sindromi geriatriche e gli esiti delle malattie cronico-degenerative troppo spesso omesse nelle diagnosi ospedaliere. Nelle RSA d'insegnamento potranno essere apprese procedure uniformi per la valutazione dei pazienti con comorbilità e disabilità di vario grado; così facendo si potranno creare banche dati indispensabili alla didattica e alla ricerca. I posti letto complessivi nelle residenze sono oltre 210.000 di cui il 72% per gli anziani (le differenze regionali sono enormi): l'attività sanitaria in queste strutture è poco nota, soprattutto per quanto riguarda la qualità e soprattutto i risultati. L'asserita identità della casistica delle UO di Geriatria e di Medicina è confondente se non si considerano le modalità degli interventi che si intraprendono sui vecchi malati: troppo spesso l'anziano ricoverato è dimesso in condizioni funzionali peggiori rispetto all'ingresso; nelle UO di Medicina notoriamente

non si diagnostica il delirium, la malnutrizione, l'incontinenza urinaria, la depressione, la disabilità. Alcuni settori interdisciplinari come l'ortogeriatra e la psicogeriatra rappresentano esempi chiari di modalità operative che possono garantire la continuità assistenziale e curativa. Alla Geriatria fanno poi riferimento problematiche emergenti come le terapie anti-aging intese come metodologie soprattutto non farmacologiche per prolungare la durata della vita senza incorrere in disabilità fisiche e mentali.

- e) Incentivare l'impiego dell'informatica non solo per uniformare la didattica, ma anche per agevolare lo studente di Medicina e di Infermieristica nell'apprendimento delle procedure diagnostiche e terapeutiche; si potrebbero creare moduli didattici in rete sui contenuti irrinunciabili. L'impiego di tecnologie didattiche innovative è una necessità: l'*e-learning* deve essere incentivato fino al *mobile learning* (*m-learning*) che utilizza strumenti in rete come l'*IPhone* o altri palmari. L'uso di manichini (*virtual patient*) non è avveniristico. Si potranno così insegnare con profitto i sistemi per la corretta raccolta dell'anamnesi e la prescrizione farmacologica senza errori, evitando le tanto frequenti interazioni fra i farmaci.
- f) Potenziare l'insegnamento delle discipline MED/09 nel corso di laurea di infermieristica in modo che i laureati siano effettivamente in grado di affrontare le situazioni della loro realtà quotidiana che prevede un loro ruolo anche nel coordinamento di figure come il fisioterapista, l'assistente sociale, il *caregiver* in modo che il piano terapeutico sia effettivamente realizzato. Nel curriculum formativo si dovranno inserire il rischio clinico e la polipatologia, la politerapia con gli effetti avversi, la valutazione multidimensionale geriatrica per il riconoscimento dei problemi più rilevanti come la demenza, il delirium, la depressione, la malnutrizione, la disidratazione, i problemi di mobilità, la disabilità, l'incontinenza urinaria, la continuità assistenziale con i problemi alla dimissione ospedaliera, le cure palliative, l'accanimento terapeutico, l'abuso e la negligenza. L'insegnamento sul paziente acuto ospedalizzato non può prescindere dalla descrizione delle condizioni funzionali fisiche e mentali che lo rendono vulnerabile come la comparsa di delirium, l'episodio di caduta, le manifestazioni

avverse ai farmaci, la cateterizzazione vescicole spesso poco utile, il declino funzionale e cognitivo durante la degenza, la malnutrizione ed i crescenti problemi alla dimissione (transizione del malato).

## Proposte

La Medicina si insegna in *setting* diversi (cure primarie, secondarie e terziarie), egualmente rilevanti ed interdipendenti nei quali si realizza la medicina preventiva, curativa e riabilitativa (Fig. 3).

Il rapporto medico-paziente deve essere perfezionato attuando un'effettiva empatia per rendere efficace la relazione con il paziente, i suoi problemi e bisogni; il medico deve essere in grado di apprezzare la qualità della vita e le aspettative di salute del proprio cliente, fornendogli anche suggerimenti per comportamenti salutistici (prevenzione). Queste nozioni pratiche dovrebbero essere "insegnate" solo da docenti che hanno rapporti con i pazienti.

La Medicina generale, essendo settore di crescente impatto sanitario, deve avere precisi riscontri fra i Docenti MED/09; servono in particolare ambulatori-laboratori gestiti anche da docenti MED/09 nei quali realizzare la didattica, la ricerca e l'assistenza. Si auspica il Dipartimento integrato di cure primarie nel quale fare confluire competenze diverse. La scuola di specializzazione di Medicina di Comunità deve cambiare denominazione in Medicina di famiglia in modo da rendere più appetibile professionalmente l'attività di medico di famiglia. L'individuazione precoce dell'anziano fragile è uno degli obiettivi fondamentali della Medicina generale.

La Medicina d'urgenza necessita di Docenti MED/09 dedicati, in grado di dirigere il Dipartimento di emergenza ed accettazione (DEA) sempre più affollato e punto cruciale nel sistema complessivo delle cure. I Docenti sono indispensabili anche per l'attivazione di una Scuola di specializzazione specifica e di qualità.

La Geriatria e le sue metodologie cliniche devono essere adottate anche dalle discipline MED/09 e anche da altre, in particolare chirurgia e ortopedia; non si deve dimenticare che il 50% delle giornate di ricovero ospedaliero riguardano soggetti anziani. La Geriatria è la medicina della complessità, essendo basata sulla pluralità dei "saperi" e dalla sua presunzione di verificare la qualità e i risultati dei suoi in-

terventi. La didattica e la formazione geriatrica si realizzano anche sul territorio, in particolare nelle strutture per anziani. Per quanto riguarda l'anziano all'ospedale esistono risorse didattiche on-line come quella al sito: <http://champ.bsd.uchicago.edu>.

Ridurre l'*overload* di nozioni di dubbia utilità; il curriculum delle discipline del SSD MED/09 deve essere comprensivo e tener presente anche le problematiche fondamentali del paziente sempre più vecchio. Per esempio il *Triage* del paziente al Pronto Soccorso è metodologia cruciale per tutte le discipline ed indirizza il paziente al *setting* curativo più appropriato. Fondamentale è la bioetica degli interventi sanitari e delle decisioni che sempre devono tener conto delle decisioni del paziente; la bioetica è diventata un problema che non riguarda il Medico che cura direttamente i pazienti – infatti non è insegnata da Docenti MED/09.

Migliorare la metodologia didattica utilizzando l'insegnamento basato sulla risoluzione di problemi e sulle modalità per realizzare le cure continue utilizzando procedure facilitanti come la cartella clinica informatizzata (Fig. 3) e la valutazione multidimensionale geriatrica.

Fornire allo studente il controllo del suo effettivo apprendimento che gli consenta in itinere comportamenti culturali adeguati; il corso di laurea diventa la piattaforma per assicurare anche l'apprendimento continuo (metodologia).

Proporre una metodologia di verifica (esame) uniforme ed oggettiva; alla fine dei corsi ci dovrebbe essere l'esame per tutti gli studenti, anziché gli appelli disparati; un sistema informatizzato potrà assicurare qualità, uniformità ed obiettività alle prove proposte (per esempio casi clinici da discutere e da risolvere).

Nel curriculum del Corso di laurea di infermieristica deve essere previsto uno spazio ampio per la Geriatria; possono essere utili modelli da imitare come quello riportato nel sito <http://www.hartfordign.org/publications/trythis/index.html> e che tiene conto dei *setting* assistenziali più utilizzati.

### **Azioni che il SSD ME/09 dovrebbe intraprendere a livello della Facoltà di Medicina e Chirurgia**

Disciplina: azioni della Facoltà di Medicina e Chirurgia su proposta del SSD MED/09

#### MEDICINA GENERALE

Investire risorse culturali in questo settore anche con ruoli e competenze ad hoc (Docenti dedicati) con eventuale cooptazione di Medici che operano nel settore; istituzione di Scuole di specializzazione di cure primarie cambiando la denominazione dell'attuale Scuola di specializzazione di Medicina di Comunità; tali Scuole sostituiscono i Corsi triennali di formazione specifica in Medicina generale, attualmente non gestiti dalla Università, ma dalle Regioni dal 1999; ambulatori-laboratori didattici di cure primarie attigui al Pronto Soccorso ospedaliero, con diverse competenze per gestire in modo multidisciplinare i codici bianchi; saranno gestiti del Dipartimento integrato di cure primarie congiuntamente al DEA; integrazione con le possibili unità di medicina generale o con i nuclei di cure primarie che dipendono dal Dipartimento di cure primarie; attivazione di Dottorati di ricerca su temi qualificanti la disciplina.

#### MEDICINA D'URGENZA

La Facoltà, su proposta del SSD MED/09, investe risorse culturali nel settore specifico che ha ampia rilevanza a livello ospedaliero; sono necessari ruoli per una docenza mirata e specifica in grado di fare ricerca e didattica qualificata; il *triage* deve essere oggetto di verifiche basate su ricerca qualificata; adeguare il curriculum formativo dei corsi di laurea della Facoltà alle esigenze reali della sanità tenendo conto anche dei mutamenti demografico-epidemiologici.

#### GERIATRIA

Diffondere la cultura geriatrica nelle varie discipline mediche; in particolare medicina generale e medicina d'urgenza, anestesia e rianimazione, ortopedia, chirurgia, oncologia, oltre alle discipline del nursing; adottare sistematicamente la valutazione multidimensionale geriatrica (VMD) come strumento allegato alla cartella clinica che dovrà essere informatizzata per assicurare la continuità assistenziale; realizzare la RSA d'insegnamento come *setting* didattico fondamentale per la formazione medica extra-ospedaliera; incrementare i ruoli MED/09 – Geriatria, soprattutto di Ricercatore.

#### MEDICINA INTERNA

Dopo aver "perduto" le specialità, dal punto di vista didattico e formativo deve adeguarsi alla metodologia geriatrica considerando le caratteristiche dei pazienti ricoverati; il generalismo e

la valutazione globale non emergono certamente dalla cultura del Docente di Medicina interna che nel tempo non ha considerato abbastanza le malattie croniche, le modificazioni demografiche e le conseguenti emergenze epidemiologiche.

#### MEDICINA DI COMUNITÀ

Non appartiene al SSD MED/09; si dovrà fare di tutto perché vi afferisca confluendo nella Medicina generale; qui diventa protagonista della didattica, della formazione e della ricerca.